



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

PAULA MONTEIRO MARTINS

O ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE: uma análise das publicações de
serviço social sobre a drogadição

Brasília
2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

PAULA MONTEIRO MARTINS

O ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE: uma análise das publicações de
serviço social sobre a drogadição

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como um dos pré-requisitos para a obtenção
do grau de Bacharel em Serviço Social pela
Universidade de Brasília. Desenvolvido sob a
orientação da Prof.^a Thaís Imperatori junto ao
Departamento de Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Thaís Imperatori

Brasília
2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

FOLHA DE APROVAÇÃO

Monografia intitulada “**O ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE: uma análise das publicações de serviço social sobre a drogadição**”, de autoria da graduanda **PAULA MONTEIRO MARTINS** defendida e aprovada em ____/____/2015 pela banca examinadora constituída pelos seguintes examinadores:

Prof^ª. Ms. Thaís Imperatori (orientadora)

Prof^ª. Dra. Miriam de Souza Leão Albuquerque

Valéria de Oliveira Costa (Assistente Social)

Dedico este trabalho, primeiramente a Deus, pois me deu força e ânimo para enfrentar todas as dificuldades e me proporcionou alegrias. Dedico também aos meus pais: minha mãe Miriam e meu pai Benemir pelo seu constante amor, cuidado, companheirismo, esforço, ao meu noivo Junio e aos meus irmãos, Renata, Pedro, Larissa e os demais familiares, a vocês o meu muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo seu amor e cumplicidade, pelo cuidado, e por me proporcionar tantas coisas boas e por todas as dificuldades em que me ajudou a enfrentar.

Aos meus pais, a minha mãe Miriam e meu pai Benemir, vocês são a razão da minha vida. Em todos os meus sonhos, sonharam comigo. Sempre me incentivaram a seguir em frente e lutar por tudo que sonho, vocês se esforçaram tanto para que esse meu sonho se tornasse realidade. Amo muito vocês!

À minha irmã Renata, obrigada pela sua cumplicidade, amor, companheirismo e carinho, te amo muito! Aos meus irmãos, Larissa e Pedro, vocês sempre estiveram do meu lado me apoiando em tudo, amo tanto vocês.

Aos meus avós: Francisco e Maria, me alegro tanto por ser descendente de vocês, a alegria de vocês me contagia, quero estar sempre juntinho aos dois. Amo muito vocês! Mas eu não poderia me esquecer de duas pessoas maravilhosas, que já não estão mais entre nós, meu avô paterno, Benedito, homem forte e destemido, e a minha avó materna, Vó Ireny, quanta saudade eu tenho de você, dos seus carinhos e conselhos, você sempre cuidou de mim, sempre me lembrarei de você, com todo amor e carinho.

Ao meu amor, Junio, você é o melhor noivo do mundo, obrigada por me amar tanto assim, e estar sempre do meu lado. Eu não poderia ter escolhido pessoa melhor para estar do meu lado. Eu te amo tanto!

Às minhas companheiras e amigas, Francielle Cruz e Renata Souza, obrigada pelo carinho e amizade de vocês, só tenho que agradecer pela alegria de conhecer duas pessoas maravilhosas. Amo vocês, minhas amigas lindas!

A minha tia Eunice, que me ajudou em tudo que precisei. Você é uma benção na minha vida. Sou muito grata pela sua ajuda. Obrigada por tudo!

À minha orientadora, Thaís Imperatori, te agradeço por toda compreensão, ajuda e orientações, você teve um papel muito importante na minha formação.

A todos os professores que fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

À Prof.^a Miriam, que aceitou participar da minha banca, obrigada por tudo.

À assistente social Valéria Costa, que me ajudou muito durante a minha formação profissional, pois no período de estágio se mostrou muito compreensiva comigo, me ensinou tanto, obrigada por tudo!

“A minha boca falará a sabedoria, e a meditação do meu coração será de entendimento”.
Salmos 49:3.

“Porque melhor é a sabedoria do que as joias; e de tudo o que se deseja nada se pode
comparar a ela” – Provérbios 8:11.

RESUMO

Este trabalho realiza uma breve contextualização quanto à construção das políticas relacionadas ao álcool e outras drogas. Historicamente, os Estados, no combate a drogas, absorveram um modelo de intervenção, chamado de proibicionista, que visava enfrentar o problema de drogas por meio da repressão. A adoção deste modelo pelos países do mundo se deu pela grande expansão comercial, pelas grandes navegações. A questão do álcool e outras drogas, antes da instauração do proibicionismo, era tratada como algo medicinal e cultural, os povos utilizavam o ópio, a cannabis sativa, a folha de coca, entre outros, como plantas medicinais, que geravam uma sensação de prazer, cura, e conforto. O modelo proibicionista se instaura no início do século XX, e no contexto brasileiro é regulamentado pela Lei 6.368/76, num período de ditadura e repressão. Mas, depois da redemocratização do país, surgiu uma nova estratégia, a redução de danos, que está amparada pela Política Nacional Antidrogas e a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que visam reduzir os danos causados pelo uso de drogas. O objetivo da pesquisa foi compreender como o Serviço Social tem problematizado a temática de álcool e outras drogas em suas publicações. Para tanto, foram analisados periódicos da CAPES e monografias do curso de Serviço Social da Universidade de Brasília. A metodologia utilizada foi bibliográfica e qualitativa a partir da busca por periódicos da CAPES, onde foram selecionados artigos de revistas de Serviço Social classificadas no Qualis CAPES e também foram encontradas monografias do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Pode-se perceber que, embora seja um significativo campo de atuação do assistente social, poucas foram as publicações encontradas na pesquisa, significando que a categoria não tem se atentado para a importância das publicações nesta área temática.

Palavras-chave: Álcool e outras drogas, política de saúde, proibicionismo, redução de danos, Serviço Social.

ABSTRACT

This paper makes a brief background on the construction of policies related to alcohol and other drugs. Historically, states, in combating drugs, absorbed an intervention model, called prohibitionist, which aimed to address the drug problem through repression. The adoption of this model by the countries of the world was due to the great commercial expansion, the great voyages. The issue of alcohol and other drugs, prior to the prohibition, was treated as something medical and cultural, people used opium, cannabis sativa, the coca leaf, among others, as medicinal plants, which generated a feeling of pleasure, healing, and comfort. The prohibitionist model is established in the early twentieth century, and in the Brazilian context is regulated by Law 6,368 / 76, in a period of dictatorship and repression. But after the democratization of the country, a new strategy emerged, harm reduction, which is supported by the National Drug Policy and the Comprehensive Care Policy to Users of Alcohol and other Drugs, to reduce the harm caused by drug use. The objective of the research was to understand how the Social Service has questioned the issue of alcohol and other drugs in its publications. Thus, we analyzed journals and monographs CAPES of Social Work course at the University of Brasilia. The methodology was qualitative and literature from the search for periodic CAPES, which were selected journal articles of Social Work classified as Qualis CAPES and monographs were also found in the Department of Social Work at the University of Brasilia. One can see that although it is a significant social worker playing field, there were few publications in the research, meaning that the category has not bombing the importance of publications in this subject area.

Keywords: Alcohol and other drugs, health policy, prohibition, harm reduction, social work.

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABORDA	Associação Nacional de Redutores de Danos
APAC	Associação de Proteção e Assistência aos Condenados
BDM	Biblioteca Digital de Monografias
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONFEN	Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HMIB	Hospital Materno Infantil de Brasília
NAT	Núcleo de Apoio Terapêutico
HUB	Hospital Universitário de Brasília
OBID	Observatório Brasileiro de Observação sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIUAD	Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PTSs	Programa de Troca de Seringas
SEAD	Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SPAs	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
UDIs	Usuários de Drogas Injetáveis

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência de consumo X faixa etária.....	19
Tabela 1.1 – Panorama de uso de drogas no Brasil – Prevalência do uso.....	22
Tabela 1.2 – Panorama do uso de drogas no Brasil – Dependência (%).....	24
Tabela 2 – Panorama do consumo de álcool nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes.....	25
Tabela 3 – Panorama do consumo de tabaco nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes.....	26
Tabela 4 – Panorama de uso na vida por gênero, 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes.....	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Pesquisas encontradas na área de Serviço Social	59
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONSUMO DE DROGAS	17
1. 1 Políticas Públicas.....	26
1.1.1 Lei nº 6.368/76	27
1.1.2 Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes	28
1.1.3 Sistema Nacional Antidrogas	29
1.1.4 Política Nacional Antidrogas.....	29
1.1.5 Lei 11.343/2006.....	33
1.1.5.1 Sistema Nacional de Políticas de Drogas.....	33
1.1.6 Política Nacional sobre álcool	35
1.1.7 Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, e outras drogas e Programa Crack é possível vencer	36
1.1.8 Sistema Único de Saúde e Promoção de Saúde.....	38
1.1.8.1 Centro de Atenção Psicossocial	42
2 MODELO PROIBICIONISTA X MODELO DE REDUÇÃO DE DANOS	43
3 PESQUISA E METODOLOGIA	57
3.1 Caracterização da Pesquisa.....	57
3.2 Análise dos artigos e monografias	60
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS	81

INTRODUÇÃO

A drogadição é um tema relativamente antigo, pois as drogas, que são substâncias que possuem a capacidade de alterar o estado psíquico dos indivíduos, datam desde os primórdios das civilizações. Segundo Niel e Julião (2006), os primeiros registros seriam do álcool, a cerca de cinco mil anos a.C, na civilização egípcia, onde se fazia o uso dentro dos templos. Hipócrates, há 460 anos a.C, já havia descrito a loucura provocada pelo uso de álcool. Também se encontra registros no livro de Gênesis, num episódio em que Noé, após ter salvado os seres vivos do dilúvio, embebedou-se.

No que diz respeito à medicina, até o século XIX, não se tinha consenso sobre a utilização do álcool, ou seja, se o seu uso medicinal trazia benefícios à saúde ou se deveria ser visto como algo prejudicial. Trazendo para a atualidade, o uso de álcool segue uma classificação, em que se colocam graus de consumo, que podem dizer se o indivíduo faz um uso que o prejudica ou não.

Em relação ao consumo de outros tipos de drogas, como o ópio, a *cannabis sativa*, a folha de coca, entre outras, que já eram conhecidas e consumidas legalmente pelos homens há séculos, no entanto, eram utilizados como ervas medicinais, que causavam uma sensação de conforto, prazer, cura, etc. A expansão comercial e cultural ocasionada pelas grandes navegações proporcionou uma descoberta de outras drogas, como o tabaco, o haxixe, e também gerou uma propagação destas drogas, por meio da rota do ópio. Nessa época a proibição ainda não era considerada, pois as drogas eram mercadorias amplamente comercializadas. As primeiras intervenções dos Estados se concretizaram nas décadas iniciais do século XX, com as primeiras previsões de crime e pena para quem as consumisse (RODRIGUES, 2006, p. 26).

No entanto, o conceito de drogas sempre recebeu a conotação de cunho moral, que com as intervenções do Estado torna-se algo ilícito e criminal. Neste contexto surge o proibicionismo que tem como objetivo o combate às drogas por meio da repressão e criminalização dos sujeitos. Este modelo foi implementado em total oposição ao liberalismo que existia até o início do século XX. No contexto brasileiro, o modelo proibicionista se estabelece por meio da Lei 6.368/76.

Em contraposição ao proibicionismo tem-se uma nova estratégia de combate às drogas, o modelo de redução de danos, que surgiu na Holanda como um programa de troca de seringas para usuários que faziam uso de drogas injetáveis. Tal modelo conseguiu se expandir

para outros países, inclusive o Brasil, e assim foi percebido que se tratava de uma estratégia eficaz.

No Brasil, esta estratégia surge em Santos – SP e alcança as demais localidades brasileiras, no entanto surge em um momento em que o país vivia a redemocratização e a grande repercussão das drogas. A redução de danos visa reduzir os danos causados pelas drogas ao usuário, sem buscar a abstinência do consumo.

Quanto às legislações brasileiras também houve alterações, pois até a criação da Política Nacional Antidrogas – PNAD, ainda vigoravam algumas leis como a 6.368/76, que tratava os usuários de drogas de maneira repressiva. Mas com a PNAD, o que se objetiva é a promoção, prevenção e tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, respeitando suas particularidades e tentando romper com o estigma da culpabilização dos usuários pelo uso.

O interesse em desenvolver esta pesquisa se deu a partir da experiência de estágio no Hospital Materno Infantil – HMIB, realizado no Núcleo de Apoio Terapêutico – NAT. O estágio foi realizado do 5º ao 6º período de graduação e permitiu me aproximar de uma área específica de atuação dos assistentes sociais no campo da saúde, como é o trabalho na drogadição.

Neste período pude observar que no contexto de saúde pública, os profissionais enfrentavam diversos limites, dentre eles, a questão que por se tratar de um hospital de referência que trabalha com a demanda de mulheres gestantes e puérperas, se tinha uma parcela de mulheres em situação de drogadição. Um dos limites que se encontrava decorria do fato de que estas mulheres chegavam ao hospital em trabalho de parto e não conseguiam realizar um período de desintoxicação, para que o parto fosse algo saudável, tanto para a mãe quanto a criança.

A questão de drogas me despertou interesse neste período de estágio, sendo este o meu primeiro contato com o campo de atuação do Serviço Social. Tendo em vista o meu interesse e as reflexões iniciadas durante o estágio, procurei me atentar para essa área durante a realização do meu trabalho de conclusão de curso.

Este trabalho tem como objetivo problematizar a inserção do Serviço Social no tema de drogas e no arcabouço legal, tal como a Política Nacional Antidrogas – PNAD (2002) e a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas – PAIUAD (2003). Busca-se compreender o que está sendo pesquisado e publicado pela categoria em relação à drogadição, por meio dos artigos realizados pelas revistas de Serviço Social, publicados na base de dados da CAPES e de que forma os alunos de Serviço Social da Universidade de Brasília tem se atentado para as questões da drogadição. Procura-se entender de que forma a

temática do uso e abuso de drogas tem contribuído para a formação de profissionais de Serviço Social.

A partir disto, o que se pretende é contextualizar o Serviço Social em meio à temática do uso de substâncias psicoativas. Assim, o objetivo geral da pesquisa é compreender como o Serviço Social tem problematizado a temática de álcool e outras drogas em suas publicações. Também foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar como as publicações abordam os modelos proibicionista e de redução de danos.
- Analisar como o cotidiano profissional do assistente social na área de atendimento a usuários de álcool e outras drogas têm sido documentado nas publicações.
- Analisar como as publicações entendem as atuais políticas e legislações sobre a temática.

De forma complementar, a pesquisa se norteou pelas seguintes perguntas orientadoras: Qual a concepção da categoria profissional sobre os usuários de drogas? Em que se pautam as publicações, elas são condizentes com os pressupostos das políticas afins? Dentro do campo da drogadição as publicações tem se voltado a algum público específico ou são mais genéricas? Como é a atuação do assistente social nesse campo?

Considerando os objetivos da pesquisa, a hipótese compreende que as publicações do Serviço Social na temática de álcool e outras drogas reconhecem os avanços presentes na Política Nacional Antidrogas (2002) e na Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) em relação ao modelo proibicionista e moralizante do atendimento aos usuários. Entretanto, acredita-se que tais publicações não irão enfatizar o cotidiano profissional do assistente social nessa área de atuação, dando maior enfoque para o debate das políticas públicas.

O desenvolvimento da presente pesquisa pode ser considerado relevante por trazer à luz a preocupação do Serviço Social quanto a este campo de trabalho que oferece grandes desafios, porém, vê-se que a categoria não tem se atentado tanto para esta especificidade da área da saúde. Assim a pesquisa adquire relevância pelo fato da dependência química ser uma temática com pouca literatura, diante dos documentos encontrados na CAPES e BDM (Biblioteca Digital de Monografias). Segundo Creswell (2010), quando existe pouca pesquisa a respeito de determinado tema, este precisa de uma abordagem qualitativa, pois é exploratória e conveniente ao pesquisador, pois lhe permite conhecer variáveis importantes.

A disposição da monografia está organizada da seguinte forma: no capítulo 1, intitulado de “Breves considerações sobre o consumo de drogas”, será apresentada,

primeiramente, a contextualização dos termos referentes a cada tipo de drogas, passando deste as definições sobre as substâncias psicoativas, a influência da mídia em relação às drogas, até o início da intervenção do Estado por meio de políticas. Posteriormente, será realizada uma abordagem sobre as intervenções do Estado brasileiro nas questões de drogas, partindo dos seus primórdios até às legislações atuais. Será discutida, ainda, a perspectiva apresentada na PNAD, de 2001 e 2006, um marco no que diz respeito às legislações, por colocar em pauta novas formas de atenção aos usuários /dependentes de álcool e outras drogas. No capítulo 2, intitulado de “Modelo Proibicionista *versus* Modelo de Redução de Danos”, no qual realizar-se-á uma explanação quanto aos modelos de intervenção, a saber, o modelo proibicionista e o de redução de Danos, problematizando as concepções desses modelos e suas implicações para as políticas sociais. E por fim, no capítulo 3, intitulado de “Pesquisa e Metodologia”, problematizar-se-á a pesquisa realizada quanto ao que o Serviço Social tem publicado sobre a questão de drogas.

1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONSUMO DE DROGAS

Esta problematização será iniciada com uma breve contextualização histórica sobre a questão das drogas no Estado brasileiro, objetivando a compreensão sobre o modo pelo qual se deram todas as intervenções, em cada período histórico.

Primeiramente, vale conceituar o termo “drogas”, cuja classificação da Organização Mundial da Saúde – OMS prevê que, trata-se de qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento (OBID, 2011; DOMANICO, 2006).

Percebe-se ainda que as drogas que causam alterações no estado mental são denominadas de “substâncias psicotrópicas”, sendo que, a terminologia psicotrópica, esteja relacionada com o psiquismo – psico, envolve funções do sistema nervoso central, e significa em direção de - trópico (CARVALHO, 2011).

O termo “drogas” refere-se às substâncias psicoativas - SPAs, que no organismo humano modificam o estado de consciência do usuário e cujos efeitos podem ir desde uma estimulação suave até perturbações na percepção do tempo, do espaço e de si próprio. Elas podem ser classificadas em três categorias: depressoras – são substâncias que diminuem a velocidade de transmissão de informação dos neurotransmissores; estimulantes – são as que aumentam a velocidade de transmissão de informação dos neurotransmissores; perturbadoras – são as que confundem, e atrapalham a transmissão de informação dos neurotransmissores. (SEIBEL e TOSCANO, 2001; SODELLI, 2010).

As substâncias classificadas como depressoras são as que diminuem a atividade do sistema nervoso central, causando diminuição na atividade motora, reatividade à dor e à ansiedade. É comum um efeito eufórico no início, mas posteriormente, se tem um estado de sonolência. São substâncias como: álcool, benzodiazepínicos¹, opióides² e os solventes³ ou inalantes.

O álcool é uma substância psicoativa lícita aceita culturalmente e difundida no meio social, além de ter preços acessíveis. Segundo relatório sobre o consumo de drogas da OMS (1999), entre 10 e 12% da população mundial é dependente do álcool. Tal droga causa

¹Benzodiazepínica - substância tranquilizante usado para tratamento de insônia.

²Opióides - drogas naturais derivadas da *papoula*, codeína, morfina, heroína.

³Solventes - é droga conhecida, como lança-perfume, que é derivado do clorofórmio, a cola de sapateiro.

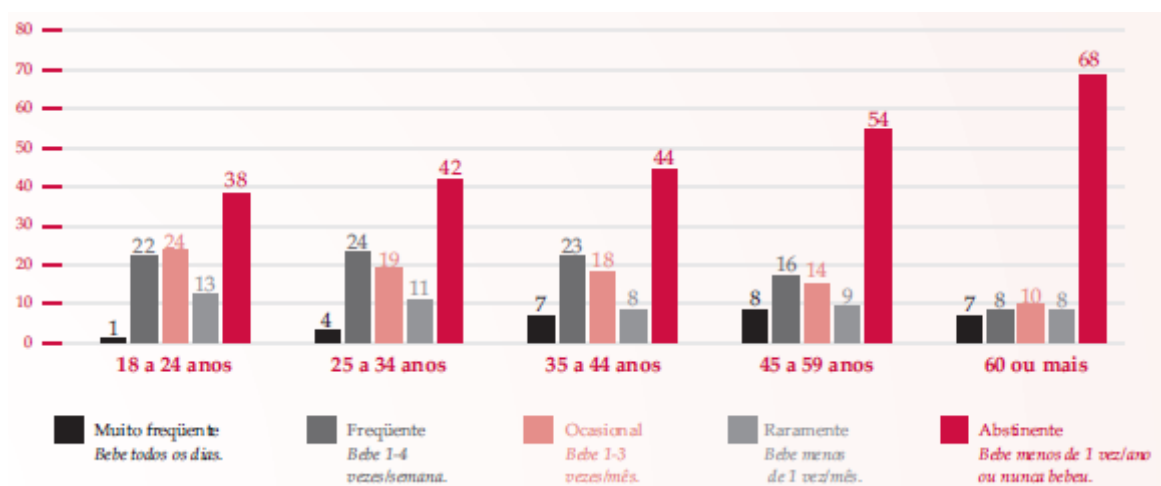
danos diversos à saúde, além de dependência e, caso não haja tratamento, o quadro de abstinência do dependente pode levar a morte.

O álcool é obtido a partir da fermentação ou destilação da glicose de cereais, raízes ou frutas, e seu consumo está presente em várias culturas ao redor do mundo. Ao ingeri-lo, a região do trato gastrointestinal o absorve rapidamente, provocando euforia e bem-estar, mas o álcool tem uma ação tóxica em diversos órgãos, como estômago, fígado, pâncreas, sistemas nervoso e circulatório (MARQUES; RIBEIRO, 2006).

O uso do álcool acomete os indivíduos em todas as áreas de sua vida, provocando situações indesejáveis, dispendiosas, como: conflitos dentro da família e fora dela, acidentes, mortes precoces, etc. Aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária consomem álcool em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool. Mas mesmo diante de um diagnóstico médico, poucas, dentre estas pessoas reconhecem os agravos causados pelo uso da substância (BRASIL, 2003).

Observa-se que a distribuição da frequência em porcentagem de consumo pelas faixas etárias é mais comum, o índice de beber diário entre os jovens de 18-24 anos, enquanto que na faixa etária dos 60 anos ou mais, o índice de abstinência é maior, em 79%. Isso não é surpreendente, já que os idosos tendem a ter comportamento mais conservador que os jovens. No entanto, sendo o Brasil um país com grande contingente de população jovem, esse consumo maior entre os mais jovens pode estar associado com os maiores problemas relacionado ao álcool no País como um todo.

A tabela 1 mostra a frequência de consumo *versus* a faixa etária, podendo se inferir que o consumo de álcool, torna - se comum na faixa etária dos 25 aos 59 anos, onde se apresenta a variação da escala do beber muito frequente entre 4 a 8.

Tabela 1 - Frequência de consumo *versus* faixa etária

Fonte: SENAD - I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, 2007.

Pode-se observar que o uso de álcool, considerando frequente alcança o maior índice na faixa etária dos 25 aos 34 anos, o uso ocasional é mais comum entre os 18 a 24 anos, enquanto que o patamar de abstinência atinge maior incidência entre os 60 anos ou mais, infere – se que isto aconteça devido à idade, e pelas condições de saúde que são mais desfavoráveis. Segundo o I Levantamento, a abstinência é maior na população idosa, e isto acontece em função do comportamento conservador que estes apresentam.

Segundo a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas (2003), estes pacientes atendidos na rede primária, no momento do atendimento, geralmente, não são diagnosticados com o uso de álcool. O não diagnóstico traz repercussão negativa, pois o foco da atenção está voltado para as doenças clínicas causadas pela dependência e não para a dependência em si.

Já as drogas estimulantes, são substâncias que possuem a capacidade de aumentar a atividade do sistema nervoso central, causando insônia, agitação e aceleração do psiquismo, delírios, alucinações, sendo elas as anfetaminas (dopamina, noradrenalina), e a cocaína⁴, e o crack. (SEIBEL e TOSCANO, 2001; SODELLI, 2010).

O crack é obtido pela separação da cocaína e a folha de coca, gerando um pó branco, chamado de cloridrato de cocaína, que pode ser aspirado ou dissolvido em água e

⁴Cocaína - é uma substância extraída de uma planta originária da América do Sul, popularmente conhecida como coca - *Erythroxylon coca*; a cocaína pode ser consumida na forma de pó - cloridrato de cocaína, aspirado ou dissolvido em água e injetado na corrente sanguínea, ou sob a forma de uma pedra, que é fumada, ou seja, o crack. Existe ainda a pasta de coca, um produto menos purificado, que também pode ser fumado, conhecido como merla).

injetado na corrente sanguínea, e sob a forma de uma pedra. A utilização do crack faz com que as moléculas de cocaína cheguem ao cérebro imediatamente, causando uma sensação de euforia, explosão, um prazer intenso. O crack é eliminado rapidamente do organismo, gerando um imenso desprazer e uma vontade de utilizar novamente a droga. A nomenclatura *crack* deriva do barulho produzido pela quebra da pedra no momento do consumo (DOMANICO, 2006, p. 27).

É necessário ressaltar que a substância na forma sólida tem um custo inferior à cocaína em pó. E pelo baixo custo do crack, pode-se perceber que a sua disseminação acaba sendo maior, pois é acessível a todas as classes sociais, abrangendo desde a população de pobreza extrema até a classe média e alta.

Destaca-se o consumo de algumas substâncias, tal como o crack, que tem tido uma considerável divulgação no meio midiático, como é o caso da “cracolândia” de São Paulo e outras cidades. Muito tem se falado sobre o consumo de drogas, em especial o crack, mas deixam de falar que o uso de drogas é uma prática antiga e universal. Assim, dependendo do contexto histórico, o uso de drogas pode ser encarado de diversas maneiras, sendo visto, ora como um problema ou doença, ora como uma solução, ou mesmo cura.

No momento em que o crack surge no Brasil em meados da década de 90, ele é tido como “pânico moral”, segundo Domanico (2006), por associá-lo à criminalidade, e atualmente, não é diferente, pois o crack ainda carrega o estigma da criminalização. A associação do crack à criminalidade toma dimensões maiores devido à influência da mídia, principalmente o segmento sensacionalista. Para Romanini *et al*:

Ela provoca mudanças na forma como as pessoas se relacionam, no conteúdo e na maneira como as mensagens são transmitidas pela mídia, fazendo com que o conhecimento que nós temos dos fatos que acontecem além do nosso meio social imediato seja derivado da recepção das formas simbólicas (ações e falas, imagens e textos) veiculadas pelos meios de comunicação. (...) O desenvolvimento dos meios de comunicação nas sociedades modernas tornou possível a veiculação maciça de fenômenos ideológicos, transformando-os em fenômenos de massa. Ideologia, nesse sentido, “refere-se às maneiras como o sentido, mobilizado pelas formas simbólicas, serve para estabelecer e sustentar relações de dominação” (ROMANINI; ROSO, 2014, p. 973).

Neste sentido, entende-se que a influência midiática coloca os fenômenos sociais como algo negativo, a questão de drogas, por exemplo, é associada à criminalidade, pois, em sua função de transmissão de informações, a mídia as “deturpa”, e faz com que estas sejam repassadas de maneira não condizente com a realidade social. No repasse de informações feito pela mídia, são emitidos juízos, imagens, representações, falas, que produzem uma

disseminação de uma ideologia que perpassa pelo senso comum, a de que todo usuário de drogas é criminoso, ocioso, etc.

Quanto às substâncias perturbadoras, percebe-se que provocam alterações na atividade cerebral, causando delírios e alucinações, e por isso são denominadas alucinógenas tal como a maconha⁵, e tem também o LSD⁶. Existem outras substâncias perturbadoras como: o Ecstasy⁷; o Tabaco⁸; a Cafeína⁹; os Esteroides Anabolizantes¹⁰.

Segundo dados da pesquisa realizada pelo SENAD (2005), no II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, a principal droga consumida no Brasil é o álcool, seguida do tabaco, conforme apresenta a Tabela 1.

Observar a **tabela 1.1** – Panorama de uso de drogas no Brasil

⁵Maconha - nome dado no Brasil à *Cannabis sativa*; suas folhas e inflorescências secas podem ser fumadas ou ingeridas; há também o haxixe, pasta semi - sólida obtida por meio de grande pressão nas inflorescências, e os efeitos podem ser uma sensação de bem-estar, calma, relaxamento, ou o contrário, atordoamento, ansiedade, medo de perder o autocontrole, os olhos ficam avermelhados, se tem uma diminuição de salivação, e pode causar também problemas respiratórios, taquicardia e por fim prejuízo na memória e atenção.

⁶LSD - uma substância alucinógena que possui uma ação psicotrópica potente, pois as doses de 20 a 50 milionésimos de grama produzem efeitos com duração de 4 a 12 horas, e os efeitos são distorções perceptivas – cores, formas; fusão dos sentidos – impressão de que os sons adquirem forma ou cor; delírio de grandiosidade – o indivíduo se julga com capacidade ou forças extraordinárias.

⁷Ecstasy - alucinógeno que possui propriedades estimulantes, a droga estimula a hiperatividade, aumenta a sensação de sede.

⁸Tabaco - uma droga lícita, e que provoca doenças, como respiratórias, cardiovascular, câncer, e seus efeitos também causam redução da fertilidade, alterações no desenvolvimento do feto, gravidez extrauterina e aborto espontâneo.

⁹Cafeína - estimulante do sistema nervoso central e menos potente que a cocaína, e as anfetaminas; o consumo agudo pode ser caracterizado por ansiedade, alterações psicomotoras, sono e humor.

¹⁰Esteroides Anabolizantes - são drogas lícitas produzidas por laboratórios farmacêuticos para substituírem o hormônio masculino testosterona; e seus efeitos são doenças cardiovasculares, câncer, ruptura dos tendões, alteração no crescimento; e nas mulheres causam alterações na voz, aumenta o crescimento dos pêlos, sendo que nos homens causa atrofia dos testículos.

Tabela 1.1 – Panorama de uso de drogas no Brasil

Droga	Prevalência de uso (%)			
	2001 ¹ Na vida	2005		
		Na vida	No ano	No mês
Álcool	68,7	74,6	49,8	38,3
Tabaco	41,1	44,0	19,2	18,4
Maconha	6,9	8,8	2,6	1,9
Solventes	5,8	6,1	1,2	0,4
Benzodiazepínicos	3,3	5,6	2,1	1,3
Orexígenos	4,3	4,1	3,8	0,1
Cocaína	2,3	2,9	0,7	0,4
Xaropes (codeína)	2,0	1,9	0,4	0,2
Estimulantes	1,5	3,2	0,7	0,3
Barbitúricos	0,5	0,7	0,2	0,1
Esteroides	0,3	0,9	0,2	0,1
Opiáceos	1,4	1,3	0,5	0,3
Anticolinérgicos	1,1	0,5	0,0	0,0
Alucinógenos	0,6	1,1	0,3	0,2
Crack	0,4	0,7	0,1	0,1
Merla	0,2	0,2	0,0	0,0
Heroína	0,1	0,1	0,0	0,0
Qualquer droga exceto álcool e tabaco	19,4	22,8	10,3	4,5

Fonte: SENAD/CEBRID/II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Prevalências de uso no ano e no mês não disponíveis para 2001.[

Pode-se inferir da tabela 1.1 e 1.2, é que no Brasil, no consumo de drogas lícitas, Álcool: 68,7 % já fizeram uso na vida, em 2001 e Tabaco: 41,1% já fizeram uso na vida, em 2001, são números superiores ao consumo de drogas ilícitas, como a Maconha: 6,9 % já fizeram uso na vida, em 2001. Enquanto que na questão da dependência observa-se o mesmo, pois o índice de pessoas dependentes de substâncias lícitas supera o de substâncias ilícitas, entre os anos de 2001 e 2005.

Tabela 1.2 – Panorama do uso de drogas no Brasil

Droga	Dependência (%)	
	2001	2005
Álcool	11,2	12,3
Tabaco	9,0	10,1
Maconha	1,0	1,2
Solventes	0,8	0,2
Benzodiazepínicos	1,1	0,5
Estimulantes	0,4	0,2

Fonte: SENAD/CEBRID/II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA

Outro aspecto importante a ser esclarecido refere-se aos tipos de uso de drogas. Ressalta-se que existe uma diferença entre usuário e dependente químico. O usuário pode apresentar um uso de forma esporádica ou frequente, mas ainda assim consegue cumprir com suas relações e obrigações sociais. Já no dependente, o uso está relacionado não só ao prazer proporcionado pela droga, mas pelo desconforto trazido pela falta da substância, fazendo com que o indivíduo apresente dificuldades em cumprir com suas obrigações cotidianas (SODELLI, 2010).

Na tabela 2 têm-se os dados referentes ao panorama do consumo de álcool nas cidades brasileiras, de acordo com a relação de gênero e a faixa etária da população dessas cidades que já tiveram algum uso na vida ou apresentam a dependência, entre 2001 – 2005.

Tabela 2 - Panorama do consumo de álcool nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	48,3	54,3	5,2	7,0
Masculino	52,2	52,8	6,9	7,3
Feminino	44,7	50,8	3,5	6,0
18 – 24	73,2	78,6	15,5	19,2
Masculino	78,3	83,2	23,7	27,4
Feminino	68,2	72,6	7,4	12,1
25 – 34	76,5	79,5	13,5	14,7
Masculino	85,6	85,1	20,0	23,2
Feminino	67,6	73,0	7,1	7,7
35 ou mais	70,1	75,0	10,3	10,4
Masculino	82,1	86,1	16,1	17,3
Feminino	59,5	67,6	5,1	5,4
Total	68,7	74,6	11,2	12,3
Masculino	77,3	83,5	17,1	19,5
Feminino	60,6	68,3	5,7	6,9

Fonte: SENAD/CEBRID/II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2005.

Como se nota na tabela 2, o padrão de consumo de álcool e outras drogas, no período de 2001 a 2005, o gênero masculino apresenta maior uso na vida e maior dependência de álcool do que o gênero feminino, em todas as faixas etárias. A faixa etária de maior dependência é entre 18 – 24 anos (SENAD, 2005).

A Tabela 3 mostra que os homens apresentam maior uso na vida e maior dependência de tabaco do que as mulheres, exceto em 03 situações: em 2001, na faixa etária de 12 a 17 anos, as porcentagens são iguais para a dependência; na mesma faixa etária em 2001, a estimativa para as mulheres chega a ser maior do que para os homens com relação ao uso na vida, o que também acontece na questão da dependência na faixa etária de 18 a 24 anos em 2005. A faixa etária que apresenta a maior dependência é a de 35 anos ou mais para ambos os anos (SENAD, 2005).

Tabela 3 – Panorama do consumo de tabaco nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	15,7	15,2	2,2	2,9
Masculino	15,2	16,8	2,2	3,2
Feminino	16,2	11,3	2,2	2,0
18 – 24	37,7	39,5	8,4	9,4
Masculino	42,8	43,4	9,9	8,8
Feminino	32,6	33,9	6,8	9,4
25 – 34	40,0	40,8	9,9	9,4
Masculino	43,9	45,4	10,4	10,8
Feminino	36,1	35,7	9,3	7,2
35 ou mais	53,0	52,6	11,3	12,2
Masculino	61,4	60,7	13,1	13,4
Feminino	45,4	46,8	9,8	11,2
Total	41,1	44,0	9,0	10,1
Masculino	46,2	50,5	10,1	11,3
Feminino	36,3	39,2	7,9	9,0

Fonte: SENAD/CEBRID/II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2005.

A Tabela 04 mostra que, tanto para o ano de 2001 como para o ano de 2005, o gênero masculino apresenta maior prevalência de uso na vida de maconha, solventes, cocaína, alucinógenos, crack, merla e esteroides, enquanto que o gênero feminino apresenta maior uso de estimulantes, benzodiazepínicos, orexígenos e opiáceos. O consumo de heroína é baixo para ambos os gêneros, nos dois anos pesquisados. A prevalência de uso na vida de anticolinérgicos é igual para os dois gêneros em 2001, mas em 2005 a estimativa de uso para o gênero masculino passa a ser três vezes a estimativa para o gênero feminino. Os xaropes e barbitúricos que apresentavam uso maior para o gênero feminino em 2001 passam a apresentar estimativas praticamente iguais para ambos os gêneros em 2005 (SENAD, 2005).

Tabela 4 - Panorama do uso na vida por gênero, nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes

Droga / Gênero	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Maconha	10,6	3,4	6,9	14,3	5,1	8,8
Solventes	8,1	3,6	5,8	10,3	3,3	6,1
Benzodiazepínicos	2,2	4,3	3,3	3,4	6,9	5,6
Orexígenos	3,2	5,3	4,3	2,5	5,1	4,1
Cocaína	3,7	0,9	2,3	5,4	1,2	2,9
Xaropes (codeína)	1,5	2,4	2,0	1,7	1,9	1,9
Estimulantes	0,8	2,2	1,5	1,1	4,5	3,2
Barbitúricos	0,3	0,6	0,5	0,6	0,8	0,7
Esteroides	0,6	0,1	0,3	2,1	0,1	0,9
Opiáceos	1,1	1,6	1,4	0,9	1,6	1,3
Anticolinérgicos	1,1	1,0	1,1	0,9	0,3	0,5
Alucinógenos	0,9	0,4	0,6	1,8	0,6	1,1
Crack	0,7	0,2	0,4	1,5	0,2	0,7
Merla	0,3	0,1	0,2	0,6	0,0	0,2
Heroína	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1

Fonte: SENAD/CEBRID/II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2005.

1.1 Políticas Públicas

A respeito das legislações relacionadas a drogas no Brasil, todas elas, estão ligadas às convenções e conferências internacionais do início do século XX, tais como a Conferência de Xangai em 1909 e a Conferência de Haia em 1912 (Primeira Convenção do Ópio). Estas convenções tinham como objetivo o controle do ópio e seus derivados. Trata-se de um momento de “guerras às drogas”, e de uma postura política repressora, criminal, por parte de países, como Estados Unidos, Inglaterra e China, que propagaram esta postura pelo resto do mundo (RODRIGUES, 2006, p. 26).

Assim, vê-se que as primeiras intervenções do Estado brasileiro de combate às drogas datam do início do século XX, quando o ópio¹¹ e a cocaína foram proibidos, sob pena de prisão.

Em 1920, a legislação penal propunha a internação compulsória por tempo indeterminado, em locais correcionais adequados. Na década de 1930, foi promulgada a lei de

¹¹Ópio - líquido leitoso que escorre de uma planta quando nela fazemos um corte, conhecida como papoula, dela é extraída morfina e codeína.

fiscalização de entorpecentes (Decreto Lei nº. 891/1938), que demonstrava um caráter proibicionista do Estado em relação às drogas (ALVES, 2009). O modelo proibicionista¹² se concentra na redução da oferta e demandas de drogas, por meio da repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo.

Historicamente, o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas obedece à visão psiquiátrica, medicocêntrica, visto que no ano de 1971 criou-se a Lei nº 5.726 que não faz referência ao tratamento da população usuária de drogas, salvo os que em razão do vício e dos que não possuem o discernimento dos seus atos (seriam os considerados “infratores”). Em 1976 se institucionaliza a Lei nº 6.368, que amplia a assistência à saúde, abrangendo não somente os infratores, mas os dependentes (ALVES, 2009, p. 06).

1.1.1 Lei n. 6.368/1976

O Art. 4º da lei nº 6.368/1976 demonstra que as instituições hospitalares, as escolas, os professores, as entidades sociais, culturais, recreativas, esportivas ou beneficentes, deveriam estar de acordo com a orientação técnica de autoridades especializadas, quanto às medidas necessárias à prevenção do tráfico ilícito e do uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, nos recintos ou imediações de suas atividades. Segundo o seu art. 5º, “Nos programas dos cursos de formação de professores serão incluídos ensinamentos referentes a substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, a fim de que possam ser transmitidos com observância dos seus princípios científicos”.

Quanto ao tratamento e recuperação dos usuários e/ou dependentes, o Art. 9º consta que,

as redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei.

§ 1º Enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptados, na rede já existente, unidades para aquela finalidade.

§ 2º O Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e seu § 1º sejam também observadas pela sua rede de serviços de saúde.

¹²Sobre a questão do modelo proibicionista, voltaremos nela no capítulo seguinte, quando diferenciaremos o modelo proibicionista do modelo de redução de danos.

O art. 10 detalha que “o tratamento sob o regime de internação hospitalar será obrigatório, quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem”, pois neste período, se tratava do único recurso terapêutico.

Analisando o contexto em que foi promulgada a lei nº 6.368/1976, entende-se que, o Brasil vivia uma ditadura militar (Governo de Ernesto Geisel, período de grande repressão e censura), porém se tem uma ampliação na assistência à saúde, no sentido de se criarem locais para o “tratamento” dos dependentes.

Ao mesmo tempo em que se tem uma ampliação da assistência à saúde, o Estado brasileiro, no que tange às drogas, fortalece o seu caráter repressor, pois se não houvesse uma fiscalização do consumo, do comércio, do tráfico, por meio das pessoas físicas e jurídicas, todos estes seriam penalizados.

Neste período, existe uma responsabilização do indivíduo e das instituições, pela prevenção e tratamento dos dependentes de substâncias psicoativas. De acordo com Machado:

“A lei 6.368 foi sancionada após o incremento do consumo de drogas ilícitas no país, verificado a partir da década de 1960, com a expansão do consumo de maconha, antes restrito a setores marginalizados das grandes cidades (prostitutas, assaltantes, detentos e malandros), para as classes médias (artistas, intelectuais e universitários). A partir dos anos 70, o aumento da oferta e a redução do preço favoreceram o crescimento do consumo de cocaína” (MACHADO, 2007, p. 805).

Assim, percebe-se que o caráter repressor do Estado e a responsabilização dos indivíduos pelo estado de consumo de substâncias psicoativas é intensificado, pois neste período histórico, o consumo de drogas ganha espaço tanto em classes baixas quanto nas classes médias e altas.

1.1.2 Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes – CONFEN

Na década de 1980, foi instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes (CONFEN), com o objetivo de formular a Política Nacional de Entorpecentes, mas em 1998 foi transformada em CONAD (Conselho Nacional Antidrogas), tornando-se um espaço de encontros de representações dos segmentos antidrogas e de atenção à saúde, na construção de uma política antidrogas.

Em 1988, a CONFEN, em um documento intitulado “Política Nacional na Questão das Drogas” propôs a criação e a consolidação de centros de referência em prevenção

e tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Esses seriam locais especializados para tratamento, a formação de pessoal qualificado, o atendimento aos dependentes e a realização de pesquisas (MACHADO, 2007, p.807).

1.1.3 Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD

No período do governo de Fernando Henrique Cardoso (1994), foi instituído o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). O Sisnad, então constituído, tinha como função integrar as atividades de repressão ao uso indevido, ao tráfico ilícito e à produção de drogas, e de prevenção, que inclui ações de tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes (MACHADO, 2007, p. 812).

Machado (2007) destaca que:

O 1º Fórum Nacional Antidrogas aconteceu em 1998, com a presença de mais de duas mil pessoas. Apresentaram-se os segmentos mais organizados que atuavam na área de drogas: policiais, pessoas vinculadas às comunidades terapêuticas, profissionais ligados à área científica e pessoas ligadas aos projetos de redução de danos. Essa composição do Fórum refletiu-se no seu produto final: a Política Nacional Antidrogas (MACHADO, 2007, p. 813).

O 1º Fórum Nacional Antidrogas, por meio da atuação dos representantes vinculados a questão das drogas, impulsionam a criação da Política Nacional Antidrogas (PNAD), que traz inovações no que tange o ideal de construção de uma sociedade livre de drogas e propõe mudanças na maneira como o indivíduo consumidor de drogas é tratado.

1.1.4 Política Nacional Antidrogas – PNAD

A partir do ano de 1998, o Brasil dá início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda¹³ e da oferta de drogas¹⁴. Foi depois da realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as

¹³Redução da demanda: ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes.

¹⁴Redução de oferta: atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. As ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, pela erradicação e apreensão permanentes destas produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional, e pela identificação e desmantelamento das organizações criminosas.

primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)¹⁵ e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República (BRASIL, 2010).

Com a missão de coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação entre governo e sociedade e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. Desta forma, em 2002, por meio de Decreto Presidencial n. 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD (DUARTE, 2014).

Em 2003, o Presidente da República apontou a necessidade e construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no país, que viesse a contemplar três pontos principais:

- Integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações;
- Descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município;
- Estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica.

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema drogas manteve-se em pauta e a necessidade de aprofundamento do assunto também. Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando-se em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando. (DUARTE, 2014).

Assim, a Política Nacional Antidrogas, instituída pelo Decreto nº 4.345/2002, prevê que “O uso indevido de drogas constitui, na atualidade, séria e persistente ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os Estados e sociedades”. E segue: “Suas consequências infligem considerável prejuízo às nações do mundo inteiro, e não são detidas por fronteiras: avançam por todos os cantos da sociedade e por todos os espaços geográficos, afetando homens e mulheres de

¹⁵Medida Provisória n. 1.669 e Decreto n. 2.632 de 19 de junho de 1998.

diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social e econômica” (ALVES, 2009, p. 4).

A Política Nacional sobre drogas – PNAD (2002) prega o reconhecimento das diferenças entre usuário, dependente, e o traficante de drogas, para que sejam tratados de maneira diferenciada, mas não especifica cada termo.

Na lei nº 10.409/2002 consta que o tratamento ao dependente químico será feito com uma equipe multiprofissional, o que possibilita também uma assistência à família do indivíduo atendido. Ressalta-se que a assistência à família é ocasionada pela situação de codependência dos familiares à pessoa usuária de álcool e outras drogas, no entanto, os familiares se colocam fortemente ligados, emocionalmente, com as questões da dependência química de algum membro da família. A pessoa codependente, coloca as necessidades do outro acima das suas, em virtude do desejo de ajudar o dependente.

A PNAD objetiva a conscientização da sociedade brasileira quanto às implicações negativas ocasionadas pelo uso de substâncias psicoativas. Assim:

Educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem sucedidas, adequadas à nossa realidade. Conhecer, sistematizar e divulgar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia (BRASIL, 2003, p. 3).

O intuito da PNAD é promover conhecimento, informação, capacitação e divulgação de métodos eficazes de prevenção e tratamento de usuários de drogas, construindo então, uma rede operativa, entre as instituições, a família e o Estado.

Observa-se que num contexto de drogas, as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. O Ministério da Saúde entende que uma política de prevenção e tratamento para o uso/consumo de álcool e outras drogas deve ser construída por ele conjuntamente com outros ministérios, bem como setores da sociedade civil organizada. A atuação da sociedade civil na oferta de serviços é importante, mas não tem oferta suficiente dentro do Estado. Então, constata-se que o consumo de álcool e outras drogas é um problema grave de saúde pública (BRASIL, 2003).

Neste sentido,

A execução desta política, no campo da prevenção deve ser descentralizada nos municípios, com o apoio dos Conselhos Estaduais de políticas públicas sobre drogas e da sociedade civil organizada, adequada às peculiaridades locais e priorizando as

comunidades mais vulneráveis, identificadas por um diagnóstico. Para tanto, os municípios devem ser incentivados a instituir, fortalecer e divulgar o seu Conselho Municipal sobre Drogas (BRASIL, 2003, p. 04).

Na descrição desta política é reforçada a questão da importância da descentralização dela, pois permite que as especificidades locais sejam abrangidas, de maneira que as necessidades de determinada localidade seja identificada.

A PNAD (2001) se orienta pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando uma postura de cooperação mútua e uma articulação entre as esferas do governo, da iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos. O objetivo se pauta na promoção e ampliação da consciência, ensejando uma integração setorial e descentralização das ações sobre drogas no país. Esta política anuncia que as ações preventivas,

Devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, o incentivo à educação para a vida saudável, acesso aos bens culturais, incluindo a prática de esportes, cultura, lazer, a socialização do conhecimento sobre drogas, com embasamento científico, o fomento do protagonismo juvenil, da participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação dessas ações (BRASIL, 2003, p. 04).

A dimensão da responsabilidade compartilhada visa uma interação entre o Estado, a família, a sociedade civil, as instituições, ampliando o leque das ações operativas, que promovam a prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários, visto que esta interação facilita a interlocução entre o usuário e a rede, fortalecendo esta relação.

No texto da PNAD (2001) são colocadas algumas diretrizes e dentre elas, o desenvolvimento, a adaptação e implementação de diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e familiares aos diferentes grupos: “crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, gestantes, idosos, pessoas em situação de risco social, portadores de qualquer co-morbidade, população carcerária e egressa, trabalhadores do sexo e populações indígenas, por meio da distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros” (BRASIL, 2003).

Em 2006, o SENAD coordenou um grupo de trabalho do governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei n. 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), suplantando uma legislação de trinta anos que se mostra obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais (DUARTE, 2014).

1.1.5 Lei n. 11.343/2006 – Lei de Drogas

O Brasil ficou em destaque no cenário internacional com a Lei n. 11.343/2006 instituída pelo SISNAD prescrevendo medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas (DUARTE, 2014).

Essa lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: as Leis n. 6.368/1976¹⁶ e 10.409/2002¹⁷. A partir de sua edição, foram revogados esses dois dispositivos legais, com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei (BRASIL, 2010).

A nova mudança nas legislações sobre drogas, instituída em 2006, a lei 11.343, trata de uma versão mais completa e unificada das leis afins. Nela, o usuário é colocado como o consumidor eventual de droga, como alguém que mantém o controle psíquico e físico, já o dependente, é o indivíduo que pelo seu estado avançado de uso, não consegue manter o controle psíquico e físico, por fim, o traficante é a pessoa que realiza o comércio de drogas. Então, prevê também que é necessário tratar de forma igualitária, sem discriminação, usuários e/ou dependentes de drogas ilícitas e lícitas. Enfim, pressupõe a garantia do direito de receber tratamento a toda pessoa em drogadição.

Os pressupostos desta política justificam a essência do modelo proibicionista, quando se busca atingir o ideal de construção de uma sociedade livre de drogas, mas ainda assim se aproxima do modelo de redução de danos¹⁸.

1.1.5.1 Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas

De acordo com Duarte (2014) o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, regulamentado pelo Decreto n. 5.912, de 27 de setembro de 2006, tem os seguintes objetivos:

¹⁶ Lei n. 6.368/1976, de 21 de outubro de 1976, fala sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes que determinam dependência física ou psíquica.

¹⁷ Lei n. 10.409/2002, de 11 de janeiro de 2002, dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência física ou psíquica.

¹⁸ A redução de danos é originalmente uma estratégia da saúde pública com objetivo de reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco

- I. Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;
- II. Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
- III. Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- IV. Reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;
- V. promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

Frise-se que o SISNAD está organizado de modo a assegurar a orientação e a execução descentralizada das atividades, realizadas em seu âmbito. Com a sua regulamentação, houve a reestruturação do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), garantindo a participação paritária entre governo e sociedade. A ação do CONAD é descentralizada por meio de Conselhos Estaduais e de Conselhos Municipais (DUARTE, 2014).

As atribuições do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas são:

- Acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre Drogas, consolidada pela SENAD.
- Exercer a orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas.
- Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas¹⁹ e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas.
- Promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que o Decreto n. 5912/2006, com as alterações introduzidas pelo Decreto n. 7426/2010, regulamentou, ainda, as competências dos Órgãos do Poder Executivo no que se refere às ações de redução da demanda de drogas.

Segundo Duarte (2014) para potencializar e articular as ações de redução da demanda e redução da oferta de drogas, em janeiro de 2011 o SENAD foi transferido do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça. Essa mudança teve como principal objetivo articular as ações de prevenção e as de repressão ao tráfico numa perspectiva cidadã, na qual ações de segurança pública interagem com diferentes políticas sociais, priorizando as de prevenção do uso de drogas.

¹⁹O Fundo Nacional Antidrogas é composto por recursos oriundos de apreensão ou de perdimento, em favor da União, de bens, direitos e valores, objeto do crime de tráfico ilícito de substâncias entorpecentes ou de drogas que causem dependência física ou psíquica, e outros recursos colocados à disposição da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

1.1.6 A Política Nacional sobre o Álcool

A Política Nacional sobre o Álcool resultou de um longo processo de discussão. Em julho de 2005, o então Conselho Nacional Antidrogas, ciente dos graves problemas inerentes ao consumo prejudicial de álcool, e com o objetivo de ampliar o espaço de participação social para a discussão de tão importante tema, instalou a Câmara Especial de Políticas sobre o Álcool (CEPPA), composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil. A Câmara Especial iniciou suas atividades a partir dos resultados do Grupo Técnico Interministerial criado no Ministério da Saúde, em 2003 (NIEL, 2008).

Em maio de 2007, por meio do Decreto n. 6.117, foi apresentada à sociedade brasileira a Política Nacional sobre o Álcool, que tem como objetivo geral estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo desta substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas (DUARTE, 2014).

Saliente-se que:

O planejamento de ações preventivas e relativas ao uso de álcool e drogas deve obrigatoriamente considerar a mudança de relação na proporção de ocorrência entre buscar minimizar a influencia de fatores de risco sobre a vulnerabilidade dos indivíduos para tal uso; sinergicamente, também deve considerar o reforço dos fatores de proteção (BRASIL, 2003, p. 33).

Diante desta constatação, vê-se que na atualidade têm-se políticas de grande alcance e em processo de contínua expansão, não somente pela forma de leis, planos, mas também no cotidiano dos serviços, práticas e instituições.

Esta política, reconhecendo a importância da implantação de diferentes medidas articuladas entre si e numa resposta efetiva ao clamor da sociedade por ações concretas de proteção aos diferentes segmentos sociais que vivem sob maior vulnerabilidade para o uso abusivo de bebidas alcoólicas, veio acompanhada de um elenco de medidas passíveis de implementação pelos órgãos de governo no âmbito de suas competências e outras de articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade. Estas medidas são detalhadas no anexo II do Decreto n. 6.117 e podem ser divididas em nove categorias:

- Diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil.

- Tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool.
- Realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas.
- Redução da demanda de álcool por populações vulneráveis.
- Segurança pública.
- Associação álcool e trânsito.
- Capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, à educação, ao trabalho e à segurança pública.
- Estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais.
- Propaganda de bebidas alcoólicas.

É de suma importância a instituição de políticas relacionadas à atenção a usuários de álcool e outras drogas, bem como o programa de redução de danos, pois visam quebrar o estigma da exclusão e do preconceito, ocasionado pelo uso e/ou dependência de drogas. Para que isto aconteça existe uma estratégia: a prevenção, que pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção (BRASIL, 2003).

1.1.7 Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas e “Programa Crack, é Possível Vencer”.

Duarte (2014) delata que o avanço da criminalidade associada ao tráfico de drogas e as complexas relações existentes entre situações de risco e consumo de drogas, principalmente o crack, têm imposto desafios cada vez maiores, que exigem respostas eficazes do governo e da sociedade. Na busca de soluções concretas, capazes de enfrentar os desafios que os problemas associados ao crack vêm impondo a todo o país, foi lançado em 20 de maio de 2010, por meio do Decreto n. 7.179, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que indicou a implementação de ações para a abordagem do tema de forma intersetorial.

Esse plano teve por objetivo desenvolver um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como, enfrentar o tráfico em parceria com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, tendo em vista a redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população.

Visando à ampliação e ao fortalecimento do Plano Integrado, em dezembro de 2011, foi lançado o Programa “Crack, é possível vencer”, que propõe ações em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade. O objetivo desse programa é segundo Duarte (2014):

Prevenção

Ampliar as atividades de prevenção, por meio da educação, disseminação de informações e capacitação dos diferentes segmentos sociais que, de forma direta ou indireta, desenvolvem ações relacionadas ao tema, como educadores, profissionais de saúde, de assistência social, segurança pública, conselhos municipais, líderes comunitários e religiosos.

Cuidado

Com o objetivo de aumentar a oferta de ações de atenção aos usuários de crack e outras drogas e seus familiares, por meio da ampliação dos serviços especializados de saúde e assistência social, como os Consultórios na Rua, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), as Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil, Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), entre outros.

Autoridade

Possibilita enfrentar o tráfico de drogas e as organizações criminosas através de ações de inteligência entre a Polícia Federal e as polícias estaduais. Serão realizadas também, intervenções de segurança pública, com foco na polícia de proximidade em áreas de maior vulnerabilidade para o consumo, que contarão com a ampliação de bases móveis e videomonitoramento para auxiliar no controle e planejamento das ações nesses locais.

Assim como o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o Programa “Crack, é possível vencer” prevê uma atuação articulada entre governo federal, estados, municípios e Distrito Federal, além da participação da sociedade civil e o monitoramento intensivo das ações.

1.1.8 Sistema Único de Saúde– SUS e a promoção de saúde²⁰

De acordo com o artigo 2º da Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990, “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

O SUS, instituído pela Constituição de 1988 e promulgado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080), nasce nesse contexto de mudanças de concepção e abordagens em saúde.

O SUS é orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo território nacional e parte de uma concepção ampla de direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. Incorpora, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde e agrega os diversos serviços de saúde em uma única rede (DUARTE, 2014).

Assim, o Sistema Único de Saúde – SUS instituído pela Lei 8080/90, prevê ações e serviços de saúde na lógica da maior promoção de qualidade de vida, garantindo o acesso de todos a uma assistência integral e equitativa à Saúde. Deste modo, a lei 10.216 /2001, marco legal da reforma psiquiátrica confirma as diretrizes do SUS mediante,

a garantia de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas - a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2003, p. 06).

Vale ressaltar que quanto à garantia de serviços de saúde mental, os princípios do SUS, a universalidade, a integralidade, a descentralização, favorecem o conhecimento das necessidades e especificidades existentes nas localidades, permite o entendimento da realidade social da população, por meio da proximidade do convívio social.

Segundo o Ministério da Saúde, por meio da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003), as práticas de saúde devem levar em conta a singularidade, a diversidade dos sujeitos, assim o acolhimento, o atendimento devem ser sem

²⁰São ações que propiciam a manutenção da saúde e não visam pessoas que estão enfermas (Ex.: ter alimentação saudável, morar em habitação com água encanada e esgoto, fazer atividade física). Assim, muitas delas não dependem do sistema de saúde. Engloba também ações de educação em saúde, orientação alimentar e de práticas saudáveis.

qualquer tipo de julgamento, pois isto serve como uma aproximação dos sujeitos às políticas, promovendo assim uma maior participação destes no processo.

De acordo com Brasil:

A exclusão social e a ausência de cuidados que atingem, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de transtornos mentais, apontam para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplam as reais necessidades de uma população. De acordo com a própria Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2003, p. 12).

A realidade que envolve as pessoas que consomem substâncias psicoativas é histórica e contínua, pois no decorrer da história, as políticas que foram sendo adotadas visavam o combate às drogas, por meio da repressão, da criminalização, em detrimento da promoção, prevenção e tratamento. E contínua, pois apesar de reformulações nas legislações, a exemplo, a PNAD, ainda persiste a perspectiva de combate às drogas, mesmo que objetive uma assistência aos usuários.

Segundo a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003), existem alguns fatores que levam a exclusão dos usuários de álcool e outras drogas do convívio social, dentre eles:

1. Associação do uso de álcool e drogas à delinquência, sem critérios mínimos de avaliação.
2. O estigma atribuído aos usuários, promovendo a sua segregação social.
3. Inclusão do tráfico como uma alternativa de trabalho e geração de renda para as populações mais empobrecidas, em especial à utilização de mão de obra de jovens neste mercado.
4. A ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada desses usuários.
5. O tratamento legal e de forma igualitária a todos os integrantes da “cadeia organizacional do mundo das drogas” é desigual em termos de penalização e alternativas de intervenção.

Para Brasil:

Nunca é demais, portanto, insistir que é a rede – de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentando-se enquanto rede – que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida. (BRASIL, 2003, p. 11).

Ressalta-se que as ações efetivas de enfrentamento ao uso de drogas devem se pautar na interação em rede, que permite uma cooperação mútua entre os profissionais, familiares, ONGs e o Estado, pois este processo facilita a reinserção social dos usuários.

Segundo a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003), quando se trata do contexto da prevenção, o período médio entre o primeiro problema decorrente do uso de álcool e a primeira intervenção voltada para este problema é de 05 anos; as demoras em iniciar o tratamento e a sua inadequação pioram o prognóstico.

Existe um fator de suma importância que dificulta o diagnóstico e a adesão do paciente ao tratamento, que é a sua resistência. A frequente resistência do paciente ao tratamento provoca no profissional de saúde uma atitude pouco acolhedora. E essa atitude agrava a situação, pois o acolhimento é uma estratégia de abordagem de grande eficácia, facilitando a abordagem e a aderência ao tratamento. Na ótica da prevenção é essencial a capacitação dos profissionais, pois viabiliza o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a assistência ao usuário.

A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003), reforça, na maioria dos capítulos a questão da prevenção. Neles contém informações sobre ações de cunho educativo, o que faz depreender a importância da educação, da divulgação e disseminação de ações permanentes, por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). As ações desta política visam uma ampliação e diversificação da oferta de serviços, o enfoque é uma rede que substitui o que está posto, por uma rede de serviços extra-hospitalar e de cunho comunitário. A atenção hospitalar deve se pautar nos casos graves de dependência de álcool e outras drogas no que diz respeito a situações de urgência/emergência e de internações de curta duração que se fizerem necessárias ao manejo terapêutico de tais casos. – Diferentes modelos para tratamento, que muitas vezes são até contraditórias.

Ressalte-se que:

Deve ser estimulado o desenvolvimento de ações de prevenção nas escolas, locais de trabalho, sindicatos e outras associações. As ações incentivadas devem ter caráter permanente, ao invés de iniciativas pontuais e esporádicas como campanhas, sem, no entanto, prescindir de ações de curta duração voltadas para a multiplicação da atuação preventiva. Educar a população é fundamental, pois promove a redução dos obstáculos relativos ao tratamento e à atenção integral voltada para os consumidores de álcool, aumentando a consciência coletiva sobre a frequência dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool e drogas (BRASIL, 2003, p. 20).

O caráter educativo das ações de prevenção em locais como escola, associações e etc, permite que a população obtenha o conhecimento sobre os prejuízos contidos no uso de

substâncias psicoativas, e assim diminuir a resistência ao tratamento. É pertinente que essa educação seja permanente.

Neste momento, é importante enfatizar ainda que segundo a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, quando se trata da educação, deve ser desenvolvida uma ação intersetorial voltada para a revisão e reformulação dos currículos, incluindo a temática de álcool e outras drogas, DST-aids nas diretrizes curriculares das escolas.

Quanto à promoção e proteção da saúde dos usuários de álcool e outras drogas, a política acima descreve como, “uma atenção integral que compreende o desenvolvimento contínuo de fatores de proteção, individuais e coletivos na trajetória de vida das pessoas, prevendo a maximização da saúde nos três níveis de atenção” (BRASIL, 2003, p.35).

E segue,

Em outras palavras, aponta-se a necessidade de potencializar a prevenção institucional, contrária à culpabilização dos sujeitos, oferecendo de fato, subsídios para o enfrentamento da vulnerabilidade das pessoas em geral e especialmente de populações mais vulneráveis, e por consequência, com maior probabilidade de exclusão, tais como os usuários de álcool e outras drogas. É necessário se ater a uma posição e a uma visão da saúde que a conceba de forma integral, equânime e justa. Há necessidade, desta forma, de mudança no paradigma de “doentes” para novos cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2003, p.35).

Pode-se perceber que a vulnerabilidade para o uso de álcool e outras drogas é maior em indivíduos que não possuem uma qualidade de vida, não tem acesso as informações mínimas sobre a questão de álcool e outras drogas, e possuem uma facilidade no acesso as substâncias psicotrópicas e por fim se tem uma defasagem na interação comunitária²¹.

A Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas coloca que,

se existem fatores de risco – características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a ocorrência do uso indevido de álcool e drogas - também existem fatores específicos de proteção para este mesmo uso. Fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência socioambiental; estando interligados de forma consistente (BRASIL, 2003, p. 43).

Assim, a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, explana sobre o controle de substâncias que produzem dependência física ou psíquica, e

²¹Para aprofundar as informações sobre o perfil do consumo de drogas no Brasil, conferir as pesquisas do SENAD – OBID, acesso nos links: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?Team={7D655C3-69A4-4B66-9E63-D259EB2BC1B4}> e <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>.

quanto a isto, ela nos diz, que as ações devem se pautar na atuação conjunta com os diversos setores, como a educação, saúde, justiça, direitos humanos, trabalho, comunicação e cidadania.

1.1.8.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

São serviços de atenção diária e de cuidado intensivo que funcionam segundo a lógica do território. De acordo com a modalidade de serviço, constituem-se em CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos de acordo com o porte, complexidade das ações desenvolvidas, constituição das equipes de saúde e abrangência populacional (DUARTE, 2014).

O CAPS ad é um serviço de atenção psicossocial voltado para pessoas acometidas por problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas, com vistas ainda a supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território (BRASIL, 2010).

Os CAPS ad oferecem atendimento de equipes multiprofissionais que inclui psicoterapia individual, de grupo, medicamentosa, oficinas terapêuticas, visita e atendimentos domiciliares e da família, até atividades comunitárias em foco na integração do usuário na sociedade e sua inserção familiar e social.

No próximo capítulo, será feita uma explanação do modelo proibicionista, que surgiu nos Estados Unidos e o modelo de redução de danos, que é uma proposta nova, e que visa reduzir os danos causados pelo uso e abuso de álcool e outras drogas, e como já foi dito, é uma alternativa eficiente.

2 MODELO PROIBICIONISTA X MODELO DE REDUÇÃO DE DANOS

As drogas ilícitas eram consumidas pelos homens séculos antes do controle exercido pelo Estado, que se concretizou no início do século XX, com as primeiras leis de criminalização das drogas. E, ao contrário do que muitos pensam, “o consumo de drogas não é algo novo, um mal contemporâneo, mas o uso da droga sempre acompanhou a história da humanidade, assim como a busca do prazer e da necessidade de satisfação dos instintos” (RODRIGUES, 2006, p. 26).

O controle internacional de drogas é recente, no entanto, no século passado a cocaína, o ópio e o *Cannabis* sativa foram proibidos, apesar de que atualmente existe uma relação próxima entre uso de droga e proibição, consumo e circulação destas substâncias que eram legais até o início do século XX, quando eram comumente usadas sob a forma recreativa ou medicinal.

A utilização de substâncias alucinógenas pelos nativos, durante a colonização nos continentes americano e europeu era comum tanto na América quanto na Europa. No entanto, a Igreja Católica com sua influência impôs os seus ideais religiosos para as populações do modo geral. A religiosidade se coloca como um dos elementos básicos para se compreender as origens da proibição de drogas na modernidade, até mesmo porque o ideal religioso da abstinência, um dos pilares do modelo proibicionista, sofreu também influência do protestantismo.

Com a expansão comercial e cultural das grandes navegações, foram descobertas novas plantas, como, o haxixe, o ópio, o tabaco, fármacos e novas especiarias. Estas substâncias se tornaram mercadorias de grande valor no comércio internacional. O comércio internacional destas substâncias teve um papel importante na economia internacional no desenvolver do século XIX, período da “rota do ópio” (RODRIGUES, 2006, p. 27).

Rodrigues explica que:

“Há relatos de que o tabaco, o ópio e o banguê da Índia (ou maconha) tinham como utilidade “sair de si” e “descansar do trabalho”, e ainda serviram para criar “sonhos e ilusões”. Por sua vez, na América Latina, havia o tradicional uso da folha de coca, que era misturada ao tabaco, para dar mais força e ajudar a suportar melhor o trabalho” (RODRIGUES, 2006, p. 27).

A maconha, o ópio e o tabaco, eram utilizados pelos latinos em função de proporcionar uma sensação de prazer que os fizessem se afastar dos problemas e promover

uma suspensão da realidade do trabalho e das situações do cotidiano, como o frio, a fome, as doenças, etc.

No século XVI, a Europa vivenciou um intenso crescimento do consumo de drogas, em especial o ópio, ocasionado pelo êxodo rural, e nesse momento houve o crescimento da fome e de doenças assim como o consumo de plantas psicotrópicas numa tentativa de fuga da realidade.

O controle de drogas se mostra pelo paradigma da motivação econômica, cultural e religiosa, não somente médicas.

Nas palavras de Rodrigues:

O uso de drogas psicoativas, até o início do século XX, envolvia dois diferentes caminhos: o uso médico, destinado a aliviar sintomas, distúrbios e patologias mentais, e o uso religioso, cerimonial ou recreacional, que modificava o comportamento normal e produzia estados alterados de consciência. Após terem as drogas surgido como promissores medicamentos, despertando grande interesse da classe científica, acabaram chamando a atenção da população que foi se afastando do discurso e do controle médico para um uso hedonista, de prazer e recreação (RODRIGUES, 2006, p. 31).

A utilização destas substâncias na área médica, religiosa, produzia estados alterados de consciência, com isso despertou o interesse da indústria, que visavam uma motivação econômica afastando - se dos interesses do prazer e recreação que antes obtinham.

Na história do controle internacional de drogas se tem a guerra do ópio (1839 – 1842) que ocorreu na China. Neste período a China fez guerra com o Império britânico, devido os interesses comerciais na liberação do comércio do ópio. Os britânicos obtinham grandes lucros nesse comércio, em detrimento, exploravam o mercado consumidor chinês. Assim, “para que o ópio pudesse ser um produto com vendas estabilizadas, vários fatores estavam em jogo: a liberação do comércio do produto, que tinha que estar disponível em grandes quantidades, com meios desenvolvidos de consumo, e número suficiente de consumidores que tornassem viável tal rota de comércio” (RODRIGUES, 2006, p. 33).

A disseminação do ópio na China causou um dilema social, que se pautava entre a legalização da droga ou o banimento total, enquanto que os britânicos estavam preocupados com a distribuição da droga e a sua lucratividade. A proibição do comércio de entorpecentes, pelo imperador Chinês, culminou na guerra e posteriormente num tratado que beneficiou a Inglaterra no comércio com o oriente. No final do século XIX, foram reestabelecidas as rotas de comércio ilegal de ópio, sem que se conseguisse interromper seu fluxo ou reduzir os lucros, que aumentavam cada vez mais (RODRIGUES, 2006).

A segunda guerra do ópio aconteceu entre 1856-1860, com divergências sobre o controle da venda, o consumo e os reflexos na economia mundial. As repercussões mundiais sobre a questão do controle das substâncias psicoativas nas duas guerras do ópio levou a um posicionamento proibicionista dos Estados Unidos, durante a Conferência de Xangai em 1909. Nesta conferência, foi proposta pelos Estados Unidos, a restrição do ópio para fins medicinais.

A 1ª Convenção sobre Ópio realizada em Haia no ano de 1912, foi mais uma vez incentivada pelos EUA, pressionando pela implementação de sua política repressora a nível internacional, isto culminou com a elaboração de um documento de grande impacto, que explicitamente exigia a limitação da produção e venda de ópio e opiáceos (morfina), incluindo pela primeira vez a cocaína, que eram as substâncias de maior visibilidade nas sociedades americana e europeia do início do século XX.

Esta conferência representa a consolidação da perspectiva proibicionista por parte dos Estados Unidos. Gradualmente, a proibição se estende para outras drogas, ocorrendo à proibição da cocaína e seus derivados, e posteriormente da *cannabis sativa* (maconha).

Em 1931, aconteceu a 1ª Convenção de Genebra, que teve por finalidade a limitação da fabricação e a regulação da distribuição de entorpecentes, já no ano de 1936 é realizada a 2ª Convenção onde se direciona a supressão do tráfico ilícito.

Com a criação da ONU, em 1945, foram estabelecidas linhas gerais sobre o controle internacional de drogas, portanto, a primeira convenção da ONU, a Convenção Única de Entorpecentes de 1961, foi um instrumento de controle de drogas, pois marca o início da “militarização da segurança pública, com a delegação de legitimidade de repressão às agências norte-americanas, como operadores por excelência desse tipo de controle policial sobre as drogas” (RODRIGUES, 2006, p. 40). Neste contexto, busca-se a erradicação da produção e do consumo das substâncias psicoativas.

A Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988 foi assinada e promulgada em 1991. Na atualidade, o Sistema Internacional de Drogas coloca que os Estados devem se comprometer em elaborar, implementar e ratificar tratados elaborando modelos uniformes de controle de substâncias psicoativas. Nesse sentido, considera-se as drogas ilícitas como “um desafio coletivo global”, baseados nos princípios da cooperação e corresponsabilidade (RODRIGUES, 2006, p. 41).

O consumo de substâncias psicoativas sempre esteve sob regulação social. Já no século XIX, há uma expansão do consumo, com finalidade terapêutica e recreativa, enfraquecendo as estratégias convencionadas socialmente de regulação destas substâncias e a

emergência de um conjunto de questões sociais e de saúde, fazendo - se necessário à intervenção reguladora do Estado mediante políticas públicas.

Há, a partir de então, um debate sobre as políticas públicas dos modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, com dois principais posicionamentos, o proibicionismo e as políticas e programas de redução de danos.

O proibicionismo ideológico da política pública sobre drogas surge no século XIX, nos Estados Unidos, sua disseminação culminou em 1920 com a promulgação da Lei Seca que confere ao álcool o status de droga ilícita. Além disso, os EUA lideraram a campanha pela supressão do comércio internacional do ópio, que desencadeou a realização de uma série de eventos internacionais em prol da repressão do comércio internacional de drogas, como a morfina e a cocaína e toda substância que pudesse levar a dependência. Assim o discurso proibicionista ganhava hegemonia.

O proibicionismo se concentra na redução da oferta e da demanda de drogas usando da criminalização da produção, tráfico, consumo, porte de drogas ilícitas. Nesse modelo de intervenção do Estado, existem algumas contradições, dentre elas, a de que a proibição não conteve a produção, o comércio e consumo de drogas ilícitas, pelo contrário, aumentou-se o tráfico, a facilidade de acesso, e o uso cada vez mais precoce.

Segundo Perduca (2005), “o proibicionismo é um conjunto de leis e políticas que não deslancharam; na realidade, um conjunto de leis e políticas que falharam”. A ênfase na redução de ofertas de drogas por meio da criminalização provoca uma redução da demanda, promovida mediante as intervenções de prevenção e tratamento de dependentes químicos, pois esta intervenção é de caráter autoritário, e repercute negativamente na garantia de direitos sociais como, por exemplo, o acesso aos serviços de saúde e tratamento.

O proibicionismo está atrelado à questão do consumo de drogas ser considerado como algo moral /criminal, e que coloca os usuários na condição de imorais/criminosos. Existe também a relação direta entre o proibicionismo e a patologia, que dispõe o consumo como uma doença, ou seja, algo biologicamente determinado.

A vertente proibicionista não faz distinção entre o consumo de drogas ocasional (uso) e consumo considerado abusivo (abuso), ou seja, nenhum padrão de consumo é tolerado, pois a pessoa que tem um uso inconstante é tratada da mesma forma que uma pessoa com um uso constante, ou que até mesmo apresenta-se dependente.

No modelo proibicionista, a abstinência se torna condição, meio e finalidade do tratamento. Portanto, esta condição de abstinência se apresenta como barreira ao acesso as instituições de saúde, pois há uma recriminação às recaídas, o que torna as instituições de

saúde pouco acolhedoras. O que acontece é que neste modelo existe a estigmatização do indivíduo pelo seu consumo, pois o usuário é colocado como um mal para a sociedade, assim volta-se para a visão que foi imposta pela Igreja Católica e o protestantismo, que como já foi dito, considerava o consumo de substâncias psicoativas, como um problema moral.

Barroco explica que:

Ontologicamente considerada, a moral não pertence a nenhuma esfera particular: é uma mediação entre as relações sociais; uma mediação entre o indivíduo singular e sua dimensão humano-genérica (HELLER, 2000). Sua origem atende a necessidades práticas de regulamentação do comportamento dos indivíduos, cumprindo uma função social no processo de reprodução das relações sociais: contribui para a formação dos costumes que se estruturam pelo hábito, orientando a conduta dos indivíduos, em termos de normas e deveres (BARROCO, 2006, p. 06).

A perspectiva proibicionista se pautava num caráter moralista, por meio da recriminação dos indivíduos por situações adversas, aos quais fogem do controle, como a recaída. Este processo de recriminação contribui para que a sociedade tenha hábitos que reproduzem a lógica de culpabilização dos indivíduos por determinadas situações que são inerentes a eles.

Em contraposição ao modelo proibicionista, a redução de danos tem origem no Reino Unido, em 1926, onde a Comissão Interministerial presidida pelo Secretário da Saúde e presidente do *Royal College of Physicians*, Sir Humphrey Rolleston, instituiu – se o Relatório Rolleston, que constata o direito a prescrição regular de derivados do ópio, da heroína e outros, a usuários destas drogas sob determinadas condições, isto foi estabelecido como prática médica. A prescrição incluía casos em que a abstinência não era uma condição segura para o usuário, pois a interrupção do uso da droga poderia gerar danos ao curso produtivo da sua vida (ELIAS, BASTOS, 2011, p. 4723).

Segundo, Schneider (2003), o princípio norteador da redução de danos é construído na compreensão da condição de dependência como algo complexo. E ela não pode ser tratada somente a partir de uma proposta terapêutica higienista, que considera a abstinência como a única via de tratamento, mas sim exige, pelo sofrimento que imputa a tomada de estratégias múltiplas e singulares, que tornem este processo de tratamento menos danoso e, portanto, mais efetivo, tanto para os sujeitos envolvidos quanto para a sociedade em geral.

O discurso contra-hegemônico da redução de danos se preocupa em minimizar os danos à saúde, sejam eles de ordem social e econômico relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, assim compreende o consumo de drogas e o seu enfrentamento como problema

de saúde pública, e por fim, o tráfico como problema jurídico-judicial. A redução de danos tem sido apontado como o modelo de maior racionalidade no enfrentamento das questões das drogas.

Segundo Alves (2009), “os princípios da redução de danos se sustentam no pragmatismo de que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade”. Assim, já que o consumo não pode ser totalmente suprimido, se fez necessário traçar estratégias que possibilitem reduzir os danos causados pelo consumo de drogas, tanto para o usuário, quanto para a sociedade como um todo.

A redução de danos trabalha com metas intermediárias de reduzir gradualmente o uso pra aqueles usuários que não podiam ou não desejavam alcançar a abstinência, com a premissa de que com a redução dos sintomas de abstinência há uma maior adesão ao tratamento.

O aumento do consumo de drogas ilícitas e a passagem do consumo de drogas consideradas “leves” para “pesadas” não foram observados nos países e regiões que adotaram a perspectiva de redução de danos, em contrapartida, houve um aumento da demanda por tratamentos entre usuários assistidos por programas comunitários de redução de danos. (ALVES, 2009, p. 05).

Há algum tempo depois do primeiro passo dado pela Inglaterra, na construção de novas estratégias, ocorre a retomada desses novos paradigmas, sendo assim, nos anos 80 a Holanda, em razão da transmissão elevada de Hepatite B e AIDS, que são ocasionadas pelo compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis, forma uma estratégia mais sistematizada de instrução dos usuários na prevenção destas doenças durante o consumo de drogas, e ainda tem-se a troca de seringas.

A sistematização da estratégia de redução de danos na Holanda, não ocorreu de forma consensual, houveram tensionamentos políticos e sociais, pois os *Junkiboden*²² se organizaram para pressionar o governo para a distribuição de material esterilizado, sendo o movimento “iniciado positivando o direito à saúde legítimo a todos os cidadãos, o qual não deveria excluí-los neste caso” (SCHNEIDER, 2003, p. 45).

Segundo Domanico (2006), em 1972, o governo Holandês começa a instituir grandes mudanças na política nacional de drogas por causa do aumento dos problemas

²²Trata-se de um grupo, uma associação de usuários de drogas da Holanda, fundada no ano de 1980, que tinha o objetivo de melhorar as condições de vida dos usuários, portanto, pressionava o governo para a adoção do modelo de redução de danos. Liga dos dependentes, assim também denominada.

relacionados ao uso destas substâncias. Já em 1976, o mesmo adota uma Lei ²³ que diferencia drogas de risco aceitável (maconha e haxixe) das drogas de risco inaceitável (como cocaína, heroína, anfetaminas e LSD), que tinha como objetivo o auxílio dos usuários na melhora do seu estado físico e social, tendo a participação direta dos mesmos nesse processo.

O primeiro Programa de Troca de Seringas foi implantado em 1984 na cidade de Amsterdã, mas somente no ano de 1985, ganha força política na Europa e incorpora - se ao campo da saúde pública. Neste período, o dano que passou a associar-se ao uso injetável, foi sentido, de forma cada vez mais alarmante, como muito mais “mal assombrado” do que a Hepatite B, tratando-se do alastramento da transmissão do vírus HIV e a consolidação da AIDS como epidemia (SCHNEIDER, 2003, p. 46).

Esclarece Domanico que:

Em 1985, a Austrália inicia, em âmbito nacional, projetos de troca de seringas (PTS) como uma estratégia preventiva no combate à epidemia do HIV/AIDS (Wodak, 1998); em 1987, o Canadá implanta seus PTS (Mesquita, 1994). Os Estados Unidos, de forma precária, iniciam alguns projetos no final da década de 1980 (Bastos, 1998). Outros países da Europa como França, Alemanha e Suíça também iniciaram projetos de redução de danos na mesma época (O’ Hare, 1994) (DOMANICO, 2006, p. 69).

A redução de danos iniciou-se na Holanda e ganhou força na Europa, em países, como França, Alemanha e Suíça, também na Austrália (Oceania), Canadá e Estados Unidos, o que posteriormente alcança os países latinos americanos, como Brasil.

No campo das intervenções de saúde pública no Brasil até a consolidação da Reforma Sanitária²⁴, que resultou na consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, pelas leis nº 8.080 e 8.142/90, que deram início a um processo de redemocratização da saúde, “as intervenções nortearam-se a partir deste mesmo regime de higienização, onde a erradicação dos males encontrava solução principalmente através do exercício de dispositivos disciplinares, operacionalizando modos de exclusão” (SCHNEIDER, 2003, p. 51).

²³Em contraste com a maioria dos países onde a política de drogas é de responsabilidade do Ministério da Justiça, é o Ministro da Saúde o responsável pela coordenação da política de drogas holandesa e pelas políticas direcionadas à prevenção e à assistência. O Ministro da Casa Civil é responsável pela gerência das ações preventivas e o Ministro da Justiça é responsável pela aplicação da legislação antidrogas, calcada no controle do ópio (Opium Act). Esse "Opium Act" declara que a posse, o comércio, o transporte e a produção da maioria das drogas são passíveis de punição legal. (Vester, 1998:116 apud Domanico, 2006: 69).

²⁴A reforma sanitária surge como ideia, ou seja, uma percepção, uma representação, um pensamento vinculado a crítica feita aos limites do movimento ideológico da medicina preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo. Defendia a democratização do Estado e da sociedade. Ênfase na gestão participativa.

A redução de danos é um conjunto de estratégias que tem por objetivo oferecer alternativas de cuidados à saúde que possam ser adotadas sem abandonar a prática de uso de drogas (BRASIL, 2004).

O uso da cocaína no Brasil inicia-se no século XX, mas se restringe a classe média alta, a elite brasileira, porém nos anos 70, houve um movimento de banalização da cocaína, ou seja, o seu uso e consumo se transforma em um problema de saúde pública, pois surgem os derivados dela, como o crack, que alcança todas as camadas sociais. O uso e consumo de cocaína se transforma em um problema de saúde pública, devido o crescimento no número de dependentes.

Segundo Domanico:

Os usuários de drogas injetáveis, que na época tinham a anfetamina como droga de escolha, após a sua proibição, na década de 1970, começam a usar cocaína injetável. Esta substituição se dá por dois motivos: o primeiro, porque a cocaína é um estimulante, causando os mesmos efeitos que a anfetamina, e o segundo, porque os usuários começaram a se deparar com uma grande quantidade de cocaína disponível no comércio ilícito (DOMANICO, 2006, p. 71).

O consumo de substâncias, como a cocaína nos anos 70, substitui a anfetamina, por seu efeito estimulante e sua banalização, ocorrendo uma grande oferta dela no mercado.

A entrada de cocaína no território brasileiro acontece devido à política norte americana de “guerra às drogas”, a partir de 1970, que institui um aparato repressor aos países andinos, produtores de coca, provocando o surgimento de novas rotas para o tráfico de drogas, e inserindo o Brasil nestas rotas, portanto, a cidade de Santos – SP passa a ser um dos principais portos de escoamento de drogas para a América e Europa, e consequentemente, em 1988, passa a ser considerada a “capital de AIDS” (DOMANICO, 2006).

A redução de danos surge no Brasil, em 1989, no município de Santos – SP, no momento de grande disseminação do vírus do HIV, principalmente entre usuários de drogas. Percebe-se que a transmissão do HIV acontecia por meio das seringas utilizadas no consumo de drogas injetáveis.

Domanico afirma que:

A medida gerou imensa polêmica nacional em todos os meios de comunicação e fóruns específicos, após o Ministério Público em Santos enquadrá-la como crime, previsto na lei vigente sobre drogas no Brasil, a Lei 6.368 de 1976. De acordo com a interpretação daquele momento, a proposta se chocava com um dos artigos da referida lei, que considera crime qualquer forma de auxílio/incentivo àqueles que se utilizam substâncias entorpecentes (MESQUITA, 1994: 169 IN DOMANICO, 2006, p. 72).

O Programa de Redução de Danos, no momento em que surgiu no Brasil, deparou-se com um contexto de final da Ditadura Militar e início da redemocratização do país. Assim, vigorava o modelo proibicionista, que colocou a nova estratégia como crime, assegurada pela lei 6368/76, por ser considerado um incentivo a utilização das drogas.

O pioneiro projeto de Santos - SP foi interrompido, e teve seu coordenador processado, pelo fato do Ministério Público entender que os princípios da redução de danos seriam um incentivo ao consumo de drogas. Até que em 1991, surge uma ONG, que buscava desenvolver um estudo da soro prevalência de HIV e o comportamento de risco entre os UDIs²⁵, e puderam observar e aprender com eles as práticas de uso. Devido à proibição do Ministério Público a distribuição de seringas, “a ONG se valeu de uma experiência que estava tendo êxito no exterior, e começou a desenvolvê-la aqui – a distribuição de Hipoclorito de Sódio para desinfecção das seringas” (DOMANICO, 2006, p. 73).

No início da sua implementação a redução de danos era tida como uma estratégia de prevenção ao HIV dos usuários de drogas injetáveis, portanto, é implantado o Programa de Trocas de Seringas – PTSs, mas no decorrer dos anos se tornou uma estratégia de saúde alternativa à lógica da abstinência.

Para Schneider:

De 1989 a 1995, se dá um processo de articulação intenso entre a Coordenação Nacional de DST/AIDS que assume a perspectiva de redução de danos como uma estratégia de saúde legítima e fundamental a ser adotada, o Ministério de Justiça, os trabalhadores de saúde sensibilizados e ligados aos serviços públicos de saúde, as ONGs, trabalhadores sociais e políticos. Em 1995, tem-se a implantação do primeiro programa de redução de danos, realizando trocas de seringas em Salvador/BA e em 1998, a primeira lei estadual a legalizar a troca de seringas, lei sancionada no Estado de São Paulo (SCHNEIDER, 2003, p. 52).

Em meio a embates, datando de 1989 a 1995, a redução de danos torna-se uma estratégia de saúde legítima, assim iniciam-se a sua incorporação pelos demais estados brasileiros.

A partir de 1995, houve um fortalecimento da perspectiva de redução de danos no Brasil, em razão das articulações e apoio político e financeiro do Ministério da Saúde, dos trabalhadores de saúde e sociais, das ONGs, e também por meio dos subsídios legais na forma de um trabalho de prevenção, promoção e tratamento de saúde.

²⁵São os Usuários de Drogas Injetáveis – UDIs.

No ano de 1995, surge também o primeiro Programa de Troca de Seringas em Salvador – BA, no CETAD²⁶, e por ter sido desenvolvido na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, facilitou a comunicação com a comunidade. Até o ano de 1996 continuavam-se os estudos da soro prevalência de HIV/AIDS, e estes apresentavam um crescente aumento do UDIs, e observavam a necessidade de se adotar novas estratégias de saúde, como a redução de danos.

De acordo com Mesquita (1998, *apud* DOMANICO, 2006, p. 77) ainda no ano de 1996, com o empréstimo do Banco Mundial (BIRD) conhecido como “AIDS 1”(…) modificações na Coordenação Nacional de DST e AIDS, deram um novo impulso ao Projeto de Prevenção de Redução de Danos.

Dentre as principais mudanças objetivadas pelo empréstimo do Banco Mundial, tem-se o incentivo à criação de ONGs, que buscassem implementar projetos com a perspectiva de reduzir os danos a saúde dos usuários de drogas injetáveis, tanto que, em 1997, foi fundada a Associação Nacional de Redutores de Danos –ABORDA , que tem por objetivo “lutar pelos direitos dos redutores de danos e usuários de drogas” (DOMANICO, 2006, p. 77). Além de lutar pelos direitos dos redutores de danos, a associação busca reconhecer o redutor de danos como um profissional de saúde e a legitimidade dos usuários.

Segundo Domanico (2006), no surgimento da redução de danos no Brasil, existiam duas categorias no trato direto com os usuários de drogas, os agentes de saúde²⁷ e os agentes comunitários²⁸, sendo eles usuários e os inativos – pessoas que já fizeram uso de drogas e não fazem mais. “É neste contexto que surge a categoria de “redutor de danos” como uma forma de dar maior visibilidade e legitimidade social aos usuários de drogas que estavam desenvolvendo o trabalho de agente comunitário” (IDEM, p. 78).

É necessário entender que os Programas de Troca de Seringas e Agulha, foram os primeiros programas a surgir dentro do modelo de redução de danos, no entanto, realizam somente as atividades de troca de agulhas e seringas, que por trás desses instrumentos, têm se objetivos importantes, como a prevenção e a consolidação da relação entre os usuários e os programas, na tentativa de retirada dos instrumentos contaminados do acesso da população.

²⁶ O CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, ligado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, desenvolve projetos para usuários de drogas e foi o primeiro programa a assumir a troca seringas no Brasil, pois estavam todos na clandestinidade.

²⁷ Agentes de saúde eram profissionais capacitados para serem multiplicadores de informações sobre AIDS e drogas. (DOMANICO, 2006).

²⁸ Agentes comunitários eram membros da rede de interação social dos usuários de drogas que recebiam treinamento para atuar como agentes de saúde. A maioria dos agentes comunitários que trabalhava com redução de danos era de usuários de drogas na “ativa” ou ex-usuários. (DOMANICO, 2006).

A distinção entre o Programa de Troca de Seringas e o modelo de redução de danos é importante, porque a redução de danos engloba o Programa de Troca de Seringas, e vai além delas. “Esta distinção se faz necessária porque programas de redução de danos têm outros objetivos e atividades incorporadas na execução dos projetos” (DOMANICO, 2006, p. 80). Em outros países, o PTSs visa somente à troca do equipamento, no Brasil é diferente, pois todos os PTSs são parte integrante do modelo de redução de danos.

No entendimento de Brites:

Os programas de redução de danos desenvolvem estratégias que visam promover um contato entre os usuários e as instituições de saúde e os equipamentos sociais, com o objetivo de difundir noções básicas de preservação da saúde, prevenção de doenças e busca de consolidação dos direitos de cidadania (BRITES, 1999; DOMANICO, 2006, p. 80).

Como se depreende, os programas de redução de danos funcionam como uma ponte entre os usuários e as instituições de saúde, no intuito de esclarecer e mostrar a importância de se preservar a saúde, bem como possibilitar o direito ao exercício da cidadania.

A redução de danos possibilita um engajamento dos usuários na prevenção e na promoção de saúde, pois no contato inicial, os usuários são ouvidos, e o seu cotidiano e necessidades são compartilhados com os profissionais de saúde. O compartilhamento de informações permite que haja um aprendizado conjunto, “os primeiros aprendem com os segundos as especificidades do uso de cada droga antes de elaborar e promover formas mais seguras de consumo” (DOMANICO, 2006, p. 81). O contato direto facilita a elaboração de novas estratégias assistenciais que podem ser promovidas em conjunto com a redução de danos.

Quanto ao Programa Redução de Danos no Brasil, houve um aumento no contato dos usuários com os profissionais, e devido a isto, começaram a entrada do crack nos grupos de drogas, o que ocasionou uma preocupação maior dos redutores em relação a vulnerabilidade evidente das doenças sexualmente transmissíveis – DST, pois percebia-se que estes usuários relatassem práticas sexuais sem proteção.

Os redutores percebiam que o uso de drogas como, a cocaína e crack, por se tratar de substâncias com efeitos rápidos, a intoxicação imediata no uso e a posterior fissura²⁹. “Observaram, também, que por causa dela muitos usuários de crack comercializavam sexo

²⁹Fissura é uma vontade incontável de usar droga, muito comum no uso de cocaína-crack. (Domanico, 2006, p. 80).

como uma forma de conseguir dinheiro para a continuidade do uso da droga” (DOMANICO, 2006, p.80).

“A equipe de redutores da cidade de Salvador – BA, no ano de 1996, observou que existia um crescente número de usuários crack, nas suas intervenções de rua. Esta percepção provocou um redimensionamento da intervenção desses redutores, criaram-se novas estratégias, tais como a apresentação de vídeos na rua, e uma pesquisa que tinha como objetivo conhecer o perfil dos usuários de crack na cidade” (DOMANICO, 2006, p. 81).

Na cidade de Santos–SP, “inspirada pela participação na VIII Conferência Internacional de Redução de Danos no Brasil, marco histórico da redução de Danos no Brasil, realizada em 1998, a Organização Não Governamental ASPPE que trabalhava com projeto de redução de danos para usuários de drogas injetáveis”, iniciou-se pesquisas com o intuito de se descobrir novas estratégias para o tratamento de usuários de crack. Este programa para os usuários de crack teve seu início no ano de 2000, apoiado pela Prefeitura Municipal de Santos e financiado pelo Programa Nacional de DST/AIDS. E tinha-se o objetivo de estabelecer contato com os usuários de crack, a distribuição de preservativos entre eles e a intenção de que os usuários respondessem as pesquisas sobre o cotidiano do consumo de drogas. Por fim, os resultados encontrados foram que, as doenças que mais afetavam estes usuários eram de cunho respiratório, “causados pelas partículas sólidas absorvidas quando a pedra de crack era fumada” (DOMANICO, 2006, p. 83). A alternativa encontrada pelos profissionais foi à adaptação de filtros nos cachimbos.

Segundo Domanico:

Uma parte do filtro ficaria dentro do cano do cachimbo e a outra parte ficaria do lado de fora, evitando contato direto do lábio com o cachimbo. Como estes filtros não puderam ser adaptados ao uso de copo (copo plástico descartável com água) ou lata (de alumínio), a equipe então, resolveu pesquisar, junto aos usuários, algo que poderia ser adaptado aos copos e às latas (DOMANICO, 2006, p. 83).

Como se depreende, a adoção desses novos métodos foi apresentada aos redutores de todo o país, pois se observava que a disseminação do crack atingia várias regiões do país, isto se deu em uma reunião realizada em Salvador no ano de 2001, mas os testes com o filtro em outros lugares se mostrou ineficaz, assim, surgiu à necessidade de reinventar o cachimbo. O cachimbo precisava se adequar a realidade dos indivíduos, pensou-se em um cachimbo individual e que evitasse a contaminação por doenças infectocontagiosas, como, a tuberculose e herpes. Então se começou a produzir protótipos de cachimbos para que fossem realizados testes.

Domanico argumenta que:

Os primeiros protótipos tinham uma piteira de plástico, mas estas desagradaram os usuários. Foram testados vários protótipos até se chegar a um padrão de cachimbo de madeira com uma grelha de metal. Esta grelha de metal tem a função de receber a pedra de crack. Essa versão não foi considerada como definitiva e ainda estão sendo testadas alterações nesse cachimbo, tal como a inclusão de um pequeno filtro (similar ao de cigarros) a ser colocado na parte mais próxima da boca, como forma de barrar a inalação de partículas sólidas (DOMANICO, 2006, p. 85).

Em 2001, aconteceu a Primeira Conferência Latina de Redução de Danos, em Barcelona, os redutores brasileiros tiveram contato com um instrumento usado na França, chamado de *Kit Sniff*³⁰. “Este kit suscitou curiosidade por parte dos participantes, que trouxeram vários exemplares para discussão com seus parceiros nos projetos do Brasil”. (DOMANICO, 2006, p. 86).

A VIII Conferência Internacional de Redução de Danos traz a Lei³¹ que regulamenta a distribuição de Seringas no Estado de São Paulo, e este fato serviu para que os outros Estados brasileiros adotassem leis semelhantes. Esta conferência contribuiu para que as estratégias de redução danos gerassem debates midiáticos, “vários jornais impressos e televisivos apresentaram reportagens em defesa da redução de danos, fato de suma importância para o reconhecimento da redução de danos como política pública”. (DOMANICO, 2006, p. 90).

O Programa de Redução de Danos é desenvolvido em locais onde se tem o consumo de drogas, com usuários adolescentes e adultos, que estão em situação de vulnerabilidade social, e a equipe é constituída por usuários ativos e inativos, voluntários³², e um corpo de profissionais, composto por psicólogos e assistentes sociais, sendo estes responsáveis pela supervisão de campo e a administração do programa. (Domanico, 2006).

O trabalho de campo por abordagens com a sensibilização dos usuários que recebem um kit para o uso do crack, que é composto por preservativos, um cachimbo em madeira, um folder explicativo, e os swabs, que são compressas antissépticas.

O modelo de redução de danos não estabelece a abstinência como única meta, mesmo que a intervenção não produza diminuição imediata no consumo, centrando – se nas

³⁰O Kit Sniff, é colocado dentro de uma caixinha de papelão, dois canudos de silicone, dois lenços de papel, uma bandejinha de papel laminado, um frasco para acondicionamento da droga, um preservativo, um gel lubrificante, um folder explicativo, um cartão com telefones para socorro de overdose e dois frascos de soro fisiológico. (DOMANICO, 2006, p. 86).

³¹Lei Estadual nº 9.758/97.

³² Voluntários – como o “Amigos do projeto” que eram contratados para a realização de tarefas específicas, de acordo com a demanda da coordenação.

necessidades sociais de saúde do usuário. A construção dos modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, são processos históricos percorridos por cada país de uma forma singular.

3 PESQUISA E METODOLOGIA

3.1. Caracterização da pesquisa

Este estudo fundamentou-se na pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utiliza dados ou categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores, dos estudos analíticos constantes do texto (SEVERINO, 2007).

Quanto à abordagem, enquadra-se nos parâmetros da pesquisa qualitativa. Segundo Godoy (2008), os pesquisadores que adotam uma metodologia qualitativa em seus estudos não se preocupam em enumerar ou medir os eventos estudados nem empregam instrumental estatístico sofisticado no processo de análise dos dados.

Segundo Neves (1996, p. 2), a expressão “pesquisa qualitativa” assume diferentes significados no campo das ciências sociais. Compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados.

Em um estudo qualitativo, há maior preocupação com a compreensão e a interpretação sobre como os fatos e os fenômenos se manifestam do que em determinar causas para os mesmos, na tentativa de ilustrar, de forma mais completa possível, as situações e as experiências dos sujeitos, visto que nesse tipo de abordagem o pesquisador parte de questões ou focos de interesse amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve (GODOY, 2008).

Quanto aos fins, a presente pesquisa tem o caráter explicativo e descritivo. De acordo com Godoy (2008, p. 363), a pesquisa descritiva procura observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos ou fenômenos (variáveis), sem que o pesquisador interfira neles ou os manipule. Este tipo de pesquisa tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

Já a pesquisa explicativa visa familiarizar, de modo mais profundo, o pesquisador com um determinado fenômeno, buscando torná-lo mais explícito e reunir elementos que permitam o exame dos diferentes aspectos nele envolvidos. Para este estudo, escolheu-se esse

tipo de pesquisa, visto que o mesmo possibilita que o pesquisador obtenha maior proximidade e experiência acerca de um determinado tema (GODOY, 2008).

A presente pesquisa tem como objetivo compreender como o Serviço Social tem problematizado a temática de álcool e outras drogas em suas publicações. Para tanto, a pesquisadora se utilizou dos periódicos da CAPES e de monografias digitais encontradas na base de dados da Biblioteca Central da Universidade de Brasília – UnB.

A pesquisa bibliográfica é um estudo e análise de documentos de domínio científico, como é o caso dos artigos e as monografias. Assim, durante a pesquisa foram encontrados poucos documentos, sendo, respectivamente, três artigos e quatro monografias. Nota-se que dentre estas publicações, todas possuem um parâmetro temático, ou seja, são obras relacionadas ao objeto de estudo. Destaca-se que para identificar essas publicações, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: álcool, drogas, drogadição, Serviço Social e drogadição.

A utilização dos artigos e monografias foi motivada pelo fato de que os artigos são documentos que alcançam grande notoriedade e divulgação, e visto que, foi observado que estes documentos são poucos, houve a necessidade de encontrar novas fontes, no entanto, foram utilizadas as monografias do Departamento de Serviço Social da Universidade Brasília, que apesar de estarem em um ambiente virtual não se têm uma ampla divulgação quanto aos artigos das revistas. Mas a opção pelas monografias também se deu em decorrência destas estarem mais próximas com o cotidiano profissional do Serviço Social, pois são baseados em estágios curriculares.

Os critérios de seleção na base de dados da CAPES foram os seguintes: primeiramente foi realizado o acesso ao Sistema Integrado CAPES, e no campo CONSULTAR área de avaliação, onde foi selecionada a área Serviço Social. Isso buscou identificar a situação das revistas no sistema Qualis CAPES. Nestes estratos, foram consultadas todas as revistas que representavam a área de Serviço Social.

A partir disso, foram selecionados ao todo três artigos científicos, conforme mostra o quadro 1, com os seguintes títulos, “Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo” (LIMA E TAVARES, 2012), “Proibicionismo: há pedras no caminho” (GARCIA, 2012), “Proibicionismo e a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas” (ROCHA, 2013), publicados nas seguintes revistas:

Artigo	Ano de publicação	Revista	Classificação
“Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo” (Lima e Tavares)	2012	Revista Argumentum Vitória - ES	A1
“Proibicionismo: há pedras no caminho” (Garcia)	2012	Revista Argumentum Vitória - ES	A1
“Proibicionismo e a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas” (Rocha)	2013	Revista Serviço Social e Sociedade	A1
TOTAL DE PESQUISAS ENCONTRADAS			03
Quadro 1 – Pesquisas encontradas na área de Serviço Social			

Quanto aos critérios adotados para a seleção de monografias digitais da base de dados da Biblioteca Central da UnB, foram os seguintes: primeiro foi realizado o acesso à Biblioteca Digital de Monografias - BDM, onde se utilizou alguns descritores como, drogas, serviço social, o uso de drogas, serviço social e drogas.

Nos descritores drogas, uso de drogas, e serviço social foram encontrados diversos documentos com variações temáticas e relacionados a outras áreas de conhecimento, mas no último descritor os achados foram quatro monografias da área Serviço Social, cujos títulos são, “A rede socioassistencial de tratamento a usuários/dependentes de álcool e outras drogas na região centro – oeste” (BRASIL 2006/2007) – (MORAIS, 2008), “O cuidado como uma atribuição feminina: Reflexões sobre o cuidado das mulheres com familiares usuários/as de substâncias psicoativas em tratamento no SEAD/HUB” (PARENTE, 2013), “Atendimentos em saúde de usuários de álcool: uma pesquisa bibliográfica” (PEREIRA, 2013), “O Serviço Social no trabalho de enfrentamento ao alcoolismo: desafios e perspectivas dos assistentes sociais na equipe interdisciplinar do SEAD” (ROSA, 2012).

A pesquisa bibliográfica, segundo Lima e Mito (2007) não devem ser confundidos com revisão bibliográfica, pois esta é um pré-requisito para a pesquisa, enquanto que a pesquisa bibliográfica por conter dados da fonte e por se utilizar a teoria e a compreensão crítica sobre determinado assunto. Esta deve estar sempre atenta para o objeto de estudo, pois possibilita ao pesquisador a busca de soluções para o seu problema de pesquisa.

O método de análise foi qualitativo, pois responde a questões muito particulares, ou seja, “ela atua com um nível de realidade que não deveria ser quantificado, sendo assim, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, e das atitudes” (MINAYO, 2011, p. 21). A opção pela pesquisa qualitativa se dá por possibilitar “entender que o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano” (CRESWELL, 2010, p. 26).

A orientação da pesquisa contempla as categorias de totalidade, historicidade e contradição, proposto pelo marxismo. “Se o mundo é dialético (movimenta-se e é contraditório) é preciso um método, uma teoria de interpretação, que consiga servir de instrumento para sua compreensão, e este instrumento lógico pode ser o método dialético tal como pensou Marx” (TOZZONI, 2001, p. 06).

Segundo Minayo (2011), é importante se trabalhar com a complexidade, a especificidade e as diferenciações internas dos nossos objetos de pesquisa que precisam ser contextualizados e tratados em sua singularidade.

3.2 Análise dos artigos e monografias

Esta problematização será iniciada com os periódicos da CAPES, relacionando os textos que falam sobre o proibicionismo, das autoras Lima e Tavares (2012), Garcia (2012), Rocha (2013), pois são textos complementares. Bem como, o objetivo proposto neste trabalho, que é o conhecimento do que o Serviço Social tem publicado a respeito do tema de drogas, todos os autores apresentados são assistentes sociais ou são formandos em Serviço Social.

Assim sendo, o objetivo do texto de Lima e Tavares (2012) é analisar as políticas sociais sobre drogas em particular a alocação do fundo público³³ a partir da epidemia de crack, sendo este absorvido pela agenda pública do Executivo Federal. Elas se propõem a fazer um mapeamento das atuais políticas sociais que estão permeando a dimensão política da área de drogas, ou seja, buscam analisar os direcionamentos políticos no âmbito brasileiro, se estão voltados ao proibicionismo ou a redução de danos.

Então, as autoras fizeram uma revisão bibliográfica, uma seleção e análise documental sobre os marcos institucionais do Executivo Federal a partir de 2007, quando o

³³As autoras entendem fundo público não como mensuração quantitativa para alocação de recursos em políticas públicas, mas recursos estratégicos que garantem uma interconexão entre a acumulação produtiva e as políticas sociais, demonstrando suas funções para as políticas macroeconômicas. (LIMA E TAVARES, 2012, p. 1).

consumo do crack já se apresentava como questão de preocupação em alguns setores dessa esfera governamental. A análise das autoras sobre os posicionamentos permite que façam uma indagação a de que o proibicionismo ainda esta presente no cenário brasileiro na atualidade (LIMA E TAVARES, 2012).

O proibicionismo sobre drogas como maconha, ópio, coca e seus derivados, morfina e heroína tornou-se uma substrato das políticas sobre drogas, mesmo sobre aquelas mantidas na licitude, na medida em que um dos seus efeitos foi criar uma cisão entre suposta substâncias “inofensivas” e “ofensivas”, “terapêuticas” e “tóxicas” gerando uma perda do sentido cultural da *pharmakon* – ser ao mesmo tempo, “cura”, “veneno”, “prazer” e “sofrimento” – e uma desatenção às recorrentes informações epidemiológicas sobre os danos relacionados ao álcool (DELGADO, 2005 *apud* LIMA E TAVARES, 2012, p. 3)

Pode-se perceber que o proibicionismo desde que foi instaurado como um modelo de atenção ao combate ao uso de drogas tenta nos convencer de que é uma estratégia eficaz, e de que é possível uma sociedade sem drogas. No entanto, este modelo vela alguns interesses, o de classe, o de uma vinculação com a indústria bélica e farmacêutica, sendo assim, proporciona uma violência aos segmentos populacionais mais vulneráveis com uma discriminação racial, de gênero e etnia (LIMA E TAVARES, 2012).

Quanto à discriminação nos três tipos, as autoras fazem uma breve comparação sobre o povoamento das prisões, depois que os Estados Unidos resolveram declarar guerra às drogas. Vimos que a população carcerária dos Estados Unidos quadruplicou entre 1980 e 2007, correspondendo a 748 presos por cem mil habitantes, enquanto que em comparação a África do Sul que no regime do Apartheid, encarcerava 851 presos por cem mil habitantes. (LIMA E TAVARES, 2012). Subentende-se que nessa comparação os Estados Unidos com seu regime proibicionista, reprimiu a população e encarcerou, em proporcionalidade, mais do que o regime africano, invadindo a liberdade e minando os princípios democráticos.

Ao contrário do Estados Unidos, países como Holanda, Portugal, Espanha, etc, encontraram uma alternativa para a descriminalização das drogas, tanto para o uso pessoal quanto as práticas de comércio. Portugal, por exemplo, estabeleceu um pacto sobre as intervenções previstas para os sujeitos envolvidos no ciclo de consumo de drogas, mas não rompeu com o proibicionismo, porém, reinventou no sentido de adotar medidas menos repressivas, estabelecendo uma quantidade para o uso e porte de drogas, e pelo fato do enfrentamento as drogas ser liderado pelo Ministério de Saúde e não o Ministério de Justiça, como no caso brasileiro (LIMA E TAVARES, 2012).

No Brasil, em 2012 foi apresentado um Projeto de Lei do Senado de Reforma do Código Penal (PLS nº 236 de 2012), que propunha uma mudança que diferenciase o usuário do traficante e estabelecesse uma quantidade para a posse de drogas, porém o país apresenta uma guerra de posicionamentos entre a descriminalização ou não das drogas. Nessa conjuntura, o Senado anexou 101 projetos do direito penal ao projeto 236/12, o que dificultou ainda mais a aprovação deste (LIMA E TAVARES, 2012).

Observa-se que o posicionamento contraditório proporciona um distanciamento do que se espera chegar às políticas e o comportamento cultural da população, que ainda reproduz uma visão criminalizadora.

Para Lima e Tavares:

O proibicionismo brasileiro às drogas com sua legislação articulam-se não só com as recomendações hegemônicas do proibicionismo internacional como também é orgânico à força da formação social brasileira, que mantém os problemas societários como problemas de repressão policial e da órbita da responsabilidade individual (LIMA E TAVARES, 2012, p. 6).

As autoras demonstram que o proibicionismo brasileiro segue os preceitos do proibicionismo no restante dos países, mas reproduz também toda a herança de repressão que já existiu no contexto brasileiro, como a ditadura militar, entre outros fatores.

No Brasil, a repressão causada pelo proibicionismo, assim como nos Estados Unidos, também gerou uma violação nos direitos sociais, visto que o número de pessoas encarceradas é alarmante, pois desde 1992 a 2010, os números foram de 74 presos por cem mil habitantes a 253 por cem mil habitantes e 60 % destes não completaram o ensino fundamental (LIMA E TAVARES, 2012).

Houve alterações na legislação brasileira que a tornou mais propensa a adesão de uma nova estratégia de intervenção, como a lei 11.343, porém os resquícios do modelo proibicionista ainda persistem e observa-se que o tráfico de drogas é sustentado por este modelo, e que “nega-se o valor de uso e o valor de troca contidos nas drogas, proíbem-se o desejo por estas substâncias e punem-se aqueles que passam a trabalhar no mercado também tornado ilícito dessa mercadoria” (LIMA E TAVARES, 2012, p. 8).

Vale ressaltar que as drogas são produtos, pois satisfazem as necessidades humanas e possuem valor de uso, pois é advindo da extração de recursos naturais, porém é um valor de uso particularizado, por ganhar novas conotações, mas ao ser transformado, adquire valor de troca, pois se torna mercadoria no comércio ilegal, assim “ganha status de

mercadoria na sociabilidade burguesa por ser um objeto suscetível a mercantilização” (ROCHA, 2013, p. 7).

Segundo Rocha (2013) dentro do mercado de drogas, criminalizam-se adolescentes trabalhadores do tráfico, justificando – se por valores que culpabilizam o sujeito pela sua condição. Na análise feita no texto a autora explora os relatos do poder judiciário sobre algumas situações vivenciadas por determinados adolescentes. Nestes relatos são colocadas ideias de que o sistema penal brasileiro é falho, pois parece que o Brasil é um país sem leis e, portanto, reforça a criminalidade do indivíduo pelo simples fato de não puni-lo com uma pena grave, mas por sujeita-lo a uma pena não considerada grave, como medida socioeducativa.

As falas descritas no texto de Rocha (2013) reproduzem a opinião imposta pelo senso comum que não consegue enxergar a gravidade das situações, até mesmo porque não tem conhecimento da realidade em que vivem estes adolescentes, simplesmente por sua condição de pobreza, de envolvimento com o tráfico, os acusam de criminosos. Segundo a autora, o posicionamento do judiciário, por meio da figura do juiz, demonstra um discurso “ideologizado num moralismo exacerbado e reproduz uma extrema ausência de historicidade para a compreensão das raízes da criminalidade como um fenômeno que deve ser entendido a partir da contextualização sócio - histórica” (ROCHA, 2013).

O objetivo do texto de Rocha (2013) é problematizar o contexto de drogadição e tráfico de drogas entre adolescentes, através de uma pesquisa qualitativa, onde foram aplicados questionários com questões subjetivas. Esta problematização acontece, por meio de relatos advindos do poder judiciário, que reproduzem o proibicionismo exacerbado da população no geral, inclusive, um dos pensamentos relatados é o de que se precisa reduzir a idade imputabilidade penal, pois fortalece a ideia de que a maioria dos adolescentes infratores comete ato infracional grave.

Segundo Rocha (2013) no neoliberalismo as políticas sociais são desmontadas e as políticas penais fortalecidas, submetendo o proletariado a uma dupla regulação que envolve o setor assistencial e penal. E reforça que o sistema de Segurança e Justiça são instituições de controle e repressão voltadas para as classes vulneráveis.

A questão das drogas, principalmente o crack, no cenário brasileiro perpassa pela agenda das políticas que envolvem a segurança pública, a saúde e a assistência, trata - se de um sistema integralizado.

O proibicionismo começa a ser ameaçado no período dos anos 90, quando se inicia as primeiras estratégias de redução de danos, neste momento a saúde pública brasileira

sofre mudanças, cria-se o Sistema Único de Saúde – SUS, e em decorrência disto vários setores da saúde se organizam para provocarem novas mudanças, e dentre eles, a saúde mental que busca uma reforma psiquiátrica, visando, dentre outros fatores, uma desospitalização dos pacientes.

Contudo, o público prioritário da reforma psiquiátrica foi o psicótico com internação longa, em detrimento do tratamento a usuários de álcool e outras drogas, que até os anos 2000 não foram inclusos na agenda da saúde mental (LIMA E TAVARES, 2012).

Concomitantemente é criada a Política Nacional Antidrogas – 2001, que juntamente com as forças políticas da saúde, saúde mental e direitos humanos, preparam o caminho para a tomada de posição do Ministério da Saúde, almejando o reconhecimento do problema de drogas como uma questão de saúde pública. Essa decisão resulta na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas, que se orienta pelo modelo de redução de danos (LIMA E TAVARES, 2012).

A redução de danos não foi aceita de forma amistosa, houve embates, pois especialistas em saúde, comunidades terapêuticas (principalmente as de cunho religioso), se opuseram a nova estratégia de combate a drogas.

Este modelo se orienta em prevenir os riscos e diminuir os danos nocivos das drogas. Dentre os princípios do modelo, os usuários passam a ser vistos como cidadãos com previsão a proteção social da sociedade e a capacidade de ter racionalidade.

A tomada de posição pelo Ministério da Saúde não aconteceu com intuito de limitar o problema de drogas a uma única política social, mas de “assentar um mirante reconhecido de liderança de saúde pública sobre as demais políticas” (LIMA E TAVARES, 2012). Isto tornou um desafio, visto que nas primeiras experiências de redução de danos em Santos – SP tinha-se dois polos opostos, de um lado a saúde com a distribuição de seringas aos usuários de drogas injetáveis e por outro as forças da segurança que reprimiam estes sujeitos, estando eles ainda baseados na lei 6.368/76.

Porém, a década de 90 assistiu um sucesso da estratégia de redução de danos, através dos indicadores da epidemia de AIDS, e assim sendo a estratégia saiu fortalecida no âmbito do SUS.

Segundo Lima e Tavares (2012) a redução de danos tem por objetivo a atenção integral em relação ao usuário de drogas, reconhecendo que a questão de drogas passa pela historicidade do gênero humano e responde a necessidades coletivas e individuais.

Assim definem a redução de danos, como um conjunto de estratégias que começam pela saúde pública nos territórios onde vivemos e requisita atores da sociedade e de

outras políticas sociais públicas para prevenir riscos possíveis e diminuir danos referentes ao uso nocivo de drogas (LIMA E TAVARES, 2012, p.10).

Nota-se que o modelo de redução de danos brasileiro se aproxima do modelo europeu e ao final dos anos 2000. As autoras dizem que se tem um desenvolvimento desigual e combinado das políticas públicas na área de drogas, ou seja, articula-se a base repressiva da segurança pública de combate ao mercado ilegal de drogas e as práticas mais solidárias à experiência humana do uso de drogas (LIMA E TAVARES, 2012).

Em seu texto Garcia (2012), pretende promover um debate sobre as questões levantadas na obra de Lima e Tavares (2012). Inicia a sua problematização pelas especificidades do crack, elencando a sua composição, nomenclatura, a fabricação, a distribuição e comercialização, e por fim os danos individuais e coletivos.

A autora coloca que no cenário de drogas só é percebida a relação do que se fazer com o usuário de drogas, portanto não se enxerga o que está implícito, ou seja, se envolvem vários interesses, sejam de ordem político ou econômico. Segundo Garcia (2012), o Brasil ocupa o primeiro lugar em consumo de crack, são aproximadamente 1,2 milhões de usuários. (WOLOSZYN, 2012 *apud* GARCIA 2012, p. 2).

Em meio a esses interesses, a autora chama a atenção para o investimento do governo nas instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas, principalmente as de cunho religioso. Dados do Senad (2007) indicam que 38,5 % das instituições de tratamento são comunidades terapêuticas (GARCIA, 2012).

Aqui se sustenta outro debate, pois existe no Congresso Nacional uma frente parlamentar favorável às comunidades terapêuticas e as associações de proteção e assistência aos condenados – APACs e por outro lado, a defesa dos participantes da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) e da XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) e ainda a resistência da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, que prega a ausência de evidência científica da eficácia do tratamento oferecido nas comunidades terapêuticas religiosas.

O tratamento oferecido pelas comunidades terapêuticas religiosas vincula-se a abstinência e propõe uma prática que visa “forjar como efeito ou cura, a construção de uma identidade culpada e inferior, ou seja, colocam os sujeitos na condição de submissos a um ideal” (GARCIA, 2012, p. 5).

E ainda, após as conferências o governo lança o Plano de Enfrentamento Integrado ao Crack que vincula o terceiro setor no trabalho com abordagens terapêuticas. Segundo a autora, este contexto reforça a polarização política entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional Antidrogas, financiadora deste plano (GARCIA, 2012).

Segundo Garcia (2012), quanto aos serviços de CAPS 24 h, unidades de acolhimento adulto e infantil, consultório de rua e leitos psiquiátricos nos hospitais regionais, o Ministério da Saúde informa que a rede de serviços existente cobre 72% da demanda. O que se pressupõe que a universalidade, princípio do SUS, é negada (GARCIA, 2012).

Voltando ao cerne da questão tratada nos textos, vale ressaltar que diante da problematização realizada, conclui-se que o proibicionismo, como um modelo de atenção ao combate às drogas, ainda persiste no cenário atual brasileiro, mesmo que de maneira velada. Mas acredita-se que a estratégia de redução de danos alcance uma maior visibilidade e espaço, como um modelo que proporciona uma eficácia considerável. E espera-se uma derrocada do proibicionismo nas suas raízes.

Enfim, iniciaremos a problematização das monografias encontradas na base de dados de Biblioteca Digital de Monografia da Universidade de Brasília, relacionadas ao uso de drogas. Diante disso, nos preocuparemos em entender o que o Serviço Social de pesquisado e publicado a respeito do tema de drogas, para tanto, utilizaremos as monografias de Moraes (2008), Rosa (2012), Parente (2013), Pereira (2013).

As monografias são iniciadas com a contextualização do uso de drogas, partindo desde os primórdios até a atualidade, abarcando a origem das drogas até a contemporaneidade com a Política de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a PNAD, com os modelos de atenção e as legislações, e por fim, o debate sobre o cuidado das mulheres em relação aos familiares usuários de álcool e outras drogas.

No trabalho de Moraes (2008), entende-se que a autora objetiva retratar as redes socioassistenciais de tratamento a usuário /dependente de álcool e outras drogas da região centro-oeste. Para isso, realizou uma pesquisa exploratória, descritiva com análise quantitativa e qualitativa de dados obtidos por meio do “Mapeamento das Instituições Governamentais e Não Governamentais de Atenção a Questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil 2006-2007”, coordenado pela Profª Dra Denise Bomtempo B. Carvalho e financiada pelo SENAD.

Após realizar uma explanação sobre todo o contexto do uso de drogas até os anos 2000, a autora Moraes (2008), então coloca que em 2001 foi aprovada a lei 10.216, marco da reforma psiquiátrica. Esta lei aprova diretrizes que formam o SUS, garantindo aos usuários dos serviços de saúde mental, consequentemente aos que sofrem de transtorno decorrente do uso de álcool e outras drogas, um atendimento universal e integral.

Neste momento houve uma descentralização do modelo de atendimento, sendo este também um princípio do SUS, que permite a configuração de redes assistenciais mais

próximas da realidade social dos usuários, contribuindo para o desempenho de serviços e ações de acordo com as necessidades da população (BRASIL, 2003).

Esta normatização ocasionou mudanças no modelo assistencial em saúde mental, assim como prevê o artigo 6º da referida lei 10.216, sendo que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. E são considerados os tipos de internação, a internação voluntária - é aquela que se dá por meio do consentimento do usuário, a internação involuntária - é aquela que se dá sem o consentimento do usuário, e a pedido de terceiro, a internação compulsória - aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2001).

Segundo Lange (2002) apud Moraes (2008), na internação voluntária, a pessoa assina consentindo a sua internação; na involuntária, o Ministério Público é comunicado tanto da internação quanto a alta da pessoa assistida; na compulsória é determinada pelo juiz competente.

No ano de 2003, o Ministério da Saúde cria Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas, que tem como diretrizes fundamentais a intersetorialidade e integralidade. A intersetorialidade vem do reconhecimento de que outras áreas além da saúde, tal como a educação, a justiça, também atua com o abuso de álcool e outras drogas e, a integralidade requer iniciativas diferentes que incluem propostas de prevenção, capacitação de profissionais e os modelos de atenção.

Nesta conjuntura, quanto aos modelos e dispositivos assistenciais a serem adotados no país, permeava-se por um debate polarizado de posicionamento, que como já foi colocado anteriormente, para que fosse adotada uma política focada no discurso antidrogas ou a inauguração de um modelo de redução de danos.

A Portaria GM/336/2002, estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) - assim também como os CAPS ad (Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas).

Sendo assim, prevaleceu-se o segundo, e as comunidades terapêuticas receberam o estatuto de Rede de Suporte Social (MORAIS, 2008). Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS ad juntamente com a redução de danos passam a compor as estratégias principais de tratamento, integrando também a rede de suporte social. Nessa rede, incluem-se os grupos de ajuda mútua e entidades filantrópicas.

A reatualização da PNAD lei 11.343 /06 prevê a prevenção e a reinserção social dos usuários e dependentes, por outro lado exigiu a repressão à produção e ao tráfico de drogas. Estabeleceu-se um trabalho que visava à reinserção social, associando a família, e

enquadrando em um planejamento terapêutico individualizado, multidisciplinar para interação com os serviços de saúde (MORAIS, 2008). Diante disso, ressalta-se que o usuário não é mais considerado como preso, mas é submetido a ações preventivas de caráter sócio-educativo.

Assim sendo, surgiu a necessidade de organizar serviços que acolhessem os usuários em seus diferentes estágios de consumo, considerando a sua reinserção social e qualidade de vida. Desse modo, foram criados serviços como, centro de convivência, acompanhamento terapêutico, moradia assistida, hospitais-dia, ambulatórios, entre outros.

Quanto à análise dos dados Morais (2008), foram mapeadas e cadastradas 129 instituições de tratamento, recuperação e reinserção social, e dentre estas 43 são instituições governamentais, 85 não governamentais e 01 sem resposta. Os questionários utilizados pela autora possuem questões objetivas e subjetivas e admitem mais de uma resposta. Foram analisadas 08 do total de 32 entrevistas.

No que tange as instituições, observa-se que 39 instituições de tratamento se consideram como comunidades terapêuticas, sendo 02 governamentais e 37 não governamentais. E aos Centros de Atenção Psicossocial 90,9% são governamentais, e as instituições que se denominam hospitais psiquiátricos 100% são não governamentais (MORAIS, 2008).

Quanto ao tipo de tratamento em relação à natureza da instituição, deve-se a compreensão e o entendimento das possibilidades e limitações de cada ambiente de tratamento, em como auxiliam no processo de adequação de determinados serviços às necessidades da comunidade.

Na pesquisa foi constatado que existe uma carência de uma legislação que normatize os níveis de atendimento e o papel de cada profissional de saúde no tratamento a dependência, dificultando o encaminhamento daqueles que necessitam de atendimento especializado e sobrecarregando os setores que são responsáveis por parte do trabalho (MORAIS, 2008). Assim, cabe à instituição determinar qual a sua inserção dentro da rede de tratamento disponível. Segundo Morais (2008), isso reforça e amplia a eficácia do tratamento.

Quanto à participação da família no tratamento de acordo com a natureza da instituição, a PAIUAD (2003) sugere a participação da família, da comunidade, e dos usuários nas ações da área de saúde mental.

Segundo Morais (2008), a participação da família, nas suas mais distintas configurações, ainda é o meio relacional básico para as interações com o mundo, da regra a transgressão, da saúde a patologia.

Em relação à abordagem terapêutica no tratamento, perpassam desde o campo medicamentoso ao psicossocial, no entanto a psicoterapia em grupo é oferecida por 78 instituições, dentre elas, 25 governamentais e 53 não governamentais; a psicoterapia individual é oferecida em 71 instituições, sendo que 24 governamentais e 47 não governamentais; a terapia ocupacional/oficinas são oferecidas em 20 instituições governamentais e 50 em não governamentais.

Na reinserção social se tem um processo longo, gradativo e dinâmico que ocorre juntamente com o tratamento, “visando capacitar o individuo para exercer com plenitude seu direito de cidadania” (MORAIS, 2008, p. 51).

Quanto à faixa etária da população atendida na maioria das instituições presta-se atendimento a população adulta, entre os 18 e 59 anos. Das 31 instituições que prestam serviços a crianças, 14 são governamentais e 17 não governamentais; das 72 instituições que atendem adolescente, 23 são governamentais e 49 não governamentais.

Aqui foram extraídas informações relevantes sobre o Mapeamento, no entanto, a autora conclui que quanto à estruturação das instituições, são encontradas em maior número as não governamentais, e relacionam se ao contexto histórico das políticas no país. A PAIUAD foi implementada com a incorporação do uso e abuso de drogas ao SUS, e por isso o reduzido número de instituições governamentais. Isto também pode ser explicado pela questão da desresponsabilização do Estado, que transfere ao terceiro setor a responsabilidade na prestação de serviço a sociedade.

Em relação ao trabalho de Pereira (2013), por ser tratar de uma análise bibliográfica sobre os atendimentos aos usuários de álcool, vê-se que a autora inicia o seu texto, colocando que pelo fato do álcool ser uma substância lícita consumida e difundida mundialmente tem um baixo custo.

Da população mundial 10 a 12 % é dependente de álcool, segundo a OMS (1999), ela nos trás que o consumo da substância é um problema de saúde pública, sendo então necessária a construção de políticas públicas. Porém, o uso do álcool encontra – se em meio às disputas de interesse do âmbito público e o privado (PEREIRA, 2013)

Um ponto importante levantado pela autora, é que quanto ao tratamento ao uso de álcool existe uma excessão a Política Nacional de Álcool, instituída em 2007, pois as legislações só apresentam restrições ao uso, à propaganda e a comercialização e medidas para a redução do uso indevido.

Os atendimentos em saúde, denominados pela autora, englobam ações de prevenção, tratamento e reabilitação de usuários de álcool, independentemente dos métodos

preventivos, locais de tratamento ou linhas terapêuticas. Os atendimentos em saúde envolvem os níveis primário, secundário e terciário (PEREIRA, 2013). O nível primário são os serviços de menor complexidade, como, os postos de saúde e os PSF – Programa de Saúde da Família; o secundário são os de média complexidade que se dá por encaminhamentos; o terciário são serviços de alta complexidade, como os hospitais.

O consumo de baixo risco é “o consumo de álcool em baixas doses e cercado das precauções necessárias para a prevenção de acidentes”; o abuso se trata do “consumo eventual em doses maiores acompanhado de complicações (acidentes, brigas, perda de compromissos)”; e a dependência se caracteriza “quando o consumo é frequente, compulsivo, destinado à evitação de sintomas de abstinência e acompanhado por problemas físicos, psicológicos e sociais” (MARQUES, RIBEIRO, 2006, p.20).

A autora afirma que durante a sua pesquisa foram encontrados obras que relacionam o álcool e a criminalidade, ao gênero, etc. Também revela que nos trabalhos do Serviço Social em relação ao alcoolismo, tem se a necessidade de considerar não somente os aspectos individuais, mas os aspectos coletivos, ou seja, a busca pela compreensão do contexto social, político, econômico e cultural.

Segundo a autora, o atendimento a usuários de álcool precisa de atenção especial diante as especificidades clínicas e sociais da droga e das concepções morais que as rodeiam influenciando o diagnóstico e, existindo a necessidade de procedimentos de avaliação e triagem referentes ao uso, abuso e dependência. Além disso, o atendimento aos usuários não pode ser reduzido apenas a soluções das complicações clínicas do uso, e o álcool muitas vezes é usado juntamente com outras drogas (PEREIRA, 2013).

Tratando da especificidade do álcool, no Brasil, foram criadas várias legislações, dentre elas, Lei nº 9.294/1996, por exemplo, dispõe sobre restrições ao uso e à propaganda de bebidas alcoólicas, além de outras drogas. Esta lei estabelece que nas propaganda devem conter as advertências sobre os danos causados pelas bebidas alcoólicas.

A Lei nº 10.167/2000 e a Lei nº 10.702/2003 alteram dispositivos da Lei nº 9.294/1996, mas nada que diga respeito ao álcool.

O Decreto nº 6.117/2007 diz respeito exclusivamente às bebidas alcoólicas, aprova a Política Nacional sobre o Álcool, além de dispor sobre medidas para seu uso indevido e sua associação com a violência e a criminalidade. Tal política visa contemplar ações de redução de danos à saúde, a redução de danos à violência e a criminalidade.

O Decreto nº 6.488/2008 e a Lei nº 11.705/2008 – a chamada Lei Seca – estabelecem o uso de álcool como crime de trânsito, objetivando a inibição do uso de bebida

alcoólica por condutores de veículos automotores. Elas alteram a Lei nº 9.503/1997 (lei que institui o Código de Trânsito Brasileiro) e a Lei nº 11.705/2008 altera também a Lei nº 9.294/1996. O foco está no uso de bebidas alcoólicas como crime de trânsito, sem qualquer citação de dispositivos de ações educativas e preventivas. O Decreto nº 6.489/2008 regulamenta a Lei nº 11.705/2008 no que diz respeito à restrição de comércio de bebidas alcoólicas em rodovias federais, e a Lei nº 12.760/2012 – a “nova” Lei Seca – dá maior rigor às medidas já estabelecidas pela Lei nº 11.705/2008.

Quanto ao atendimento em saúde, os CAPS têm como objetivo a integração social e cultural dos usuários e familiares através da oferta de cuidados clínicos e reabilitação psicossocial. Desenvolvem projetos terapêuticos e comunitários sem o uso de medicação, encaminham e acompanham usuários de residências terapêuticas e dão apoio ao trabalho de Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família (PEREIRA, 2013).

Quanto aos profissionais que trabalham no CAPS tem-se uma equipe mínima que deve ser composta por médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, quatro profissionais de nível superior entre as categorias profissionais, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

Sendo os assistentes sociais, parte constituinte da equipe do CAPS, deve seguir os princípios do Código de Ética dos Assistentes Sociais que visam a garantia de direitos e a cidadania dos usuários, a família e a sociedade. Baseando-se nos princípios estabelecidos no referido código, e que norteiam toda a atuação profissional, sendo estes, a liberdade como valor ético central, a autonomia, a emancipação e plena expansão dos direitos sociais, a equidade e a justiça social, e a eliminação de todas as formas de preconceito.

Quanto ao texto de Rosa (2013), tem-se por objetivo, conhecer como se desenvolvem as ações dos assistentes sociais no trabalho desenvolvido com usuários de álcool, dentro da equipe multiprofissional do Hospital Universitário de Brasília que se constitui no Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas (SEAD), bem como, os desafios e perspectivas das profissionais no desenvolvimento do seu trabalho.

A pesquisa se deu por meio de técnicas qualitativas com um questionário contendo perguntas semi-estruturadas direcionadas aos assistentes sociais do SEAD, procurando a descoberta das ações desenvolvidas pela equipe.

A autora inicia sua análise fazendo uma breve contextualização sobre o alcoolismo, e segue problematizando o SEAD – sendo este um programa do HUB – Hospital

Universitário de Brasília, que visa reduzir os prejuízos causados pelo uso de drogas e vê – se que neste programa adota-se uma perspectiva de redução de danos que reconhece que cada usuário é único em sua singularidade (ROSA, 2013).

O SEAD é formado por equipe interdisciplinar composta de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, residentes médicos e estagiários, secretária e atendente de consultório. Os pacientes são encaminhados ao serviço por meio de instituições de saúde do Distrito Federal, de cidades do entorno, órgãos do Poder Judiciário, instituições públicas e privadas ou pela procura espontânea de usuários ou de familiares (ROSA, 2013).

O público alvo do SEAD são pessoas que apresentam problemas de consumo de álcool e outras drogas e seus familiares, a também pessoas com interesse em informações sobre o programa. Quanto às atividades desenvolvidas são a psicoterapia³⁴, o acolhimento³⁵, avaliação e acompanhamento psiquiatria³⁶, avaliação e acompanhamento clínica médica³⁷, sensibilização e acompanhamento durante a internação hospitalar³⁸, atendimento familiar³⁹, ateliê de convivência⁴⁰.

³⁴Visa proporcionar um espaço de escuta que possibilita a transformação de sintomas e do sofrimento psíquico em posturas criativas diante da vida; desenvolver o crescimento pessoal e promover a tomada de consciência; facilitar as reflexões a respeito do estilo de vida. Pode ser individual ou em grupo.

³⁵ Trata-se de um espaço de escuta que possibilita a vinculação com uma instituição de saúde e permite ao paciente e/ou sua família formular o desejo de se tratar, repensar o estilo de vida e a relação com as substâncias psicoativas. O acolhimento proporciona ainda o estabelecimento do diagnóstico da situação; a identificação dos fatores de risco e dos fatores de proteção pessoal e familiar; a obtenção de informações sobre as características da instituição; o mapeamento da rede familiar e social; e a definição da elegibilidade e das condições para a concretização do projeto terapêutico.

³⁶ A indicação do atendimento psiquiátrico pode ser feita pela psicologia, pelo médico clínico ou pelo assistente social. Seu objetivo é detectar e tratar patologias psiquiátricas que atuam como elementos causadores ou desencadeadores do uso, abuso ou dependência, ou ainda detectar quadros psicopatológicos decorrentes da dependência de substâncias psicoativas, incluindo o tratamento de casos de síndrome de abstinência leve ou moderada.

³⁷ Realizada com todos os pacientes em tratamento, compõe-se de anamnese completa (história clínica e exame físico) e exames laboratoriais de rotina. A partir da avaliação clínica podem ser feitos encaminhamentos para outros especialistas e para exames específicos. O paciente permanece em acompanhamento no mínimo por três meses e, se não apresentar mais queixas, alterações no exame físico ou laboratorial, recebe alta do atendimento médico.

³⁸ O atendimento é feito a familiares e pacientes que tenham comprometimento devido ao uso do álcool e outras drogas enquanto se encontram internados no SPA ou em uma das enfermarias do HUB. O objetivo desta intervenção é sensibilizar o paciente e seus familiares sobre sua problemática e mobilizar para os cuidados com a saúde, assim como para a necessidade e possibilidade de tratamento ambulatorial.

³⁹ Procura-se estimular o familiar a manifestar o desejo de tratar as questões que dizem respeito à dinâmica das relações familiares e, principalmente, auxiliar a família a desenvolver a sua autonomia e encorajá-la nas suas competências. Além do acompanhamento individual, realiza-se grupos de familiares, intervenção esta indicada quando a troca de experiências torna-se elemento importante na busca de alternativas. Trata-se de momentos de escuta com o objetivo de atenuar as tensões por meio de apoio, orientações, esclarecimentos, expressão de sentimentos e discussão de estratégias de enfrentamento.

⁴⁰ Espaço destinado a pacientes cujas dificuldades cognitivas comprometem a capacidade elaborativa; a capacidade de ir e vir; e a inserção no trabalho e na família. Tem como estratégia de intervenção atividades que permitam a expressão de vivências do cotidiano, sentimentos e o desenvolvimento da autoestima. O trabalho é organizado sob a forma de oficinas para a realização de trabalhos manuais e ações educativas e de socialização. (ROSA, 2013, p. 28-29).

Quanto à proposta da autora em analisar a atuação do assistente social na referida instituição, ela inicia sua análise colocando que o profissional é caracterizado pelo CFESS 383/99, como um profissional de saúde, mas não é somente da área da saúde, porém por atuar com as políticas sociais e pode estar inserido em outras áreas (CFESS, 2009, p.2).

A reforma sanitária apresentou ao assistente social a seguinte demanda para o seu trabalho: a busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (BRAVO, 2004, p.34).

Segundo Rosa (2013), a atuação do assistente social na instituição é condizente com o Código de Ética profissional e com os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde.

Historicamente, a atuação do Serviço Social na saúde se deu no âmbito curativo e com abordagem individual (Serviço Social de Caso), sendo a preocupação com a saúde, uma questão política, explicitada somente na virada da década de 80 para 90, quando houve a mudança do conceito “saúde” e a ascensão do Movimento da Reforma Sanitária.

No âmbito brasileiro, o Serviço Social entrou no campo da saúde pública pelo viés da atuação em comunidade, com práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados a vida privada.

Na instituição, o assistente social é quem realiza o acolhimento do usuário, identificando seu perfil e suas demandas. Trata-se de uma ou várias entrevistas com o objetivo de possibilitar a vinculação com uma instituição de saúde e permitir ao usuário e/ou sua família formular o desejo de se tratar, repensar o estilo de vida e a relação com as substâncias psicoativas (ROSA, 2013).

Sendo o Assistente Social um profissional que estabelece e desenvolve seu fazer a partir do objeto da questão social, é também importante perceber que este trabalhador é chamado a atuar como mediador entre a instituição e o usuário do serviço, se por um lado atendendo aos interesses da instituição ele é chamado a exercer funções de controle social e difusão da ideologia dominante da sociedade capitalista, por outro se vê como um representante da classe trabalhadora, assalariado e dependente da estrutura social apresentada (IAMAMOTO e CARVALHO, 1988).

Em relação ao texto da Parente (2013), a orientação da sua pesquisa é construída a partir dos conceitos estabelecidos sobre drogas, famílias, bem como a intervenção profissional nas famílias que participam do SEAD-HUB, os papéis de gênero, a atuação do Estado no

cuidado com usuários de SPAs e, principalmente, a questão da mulher na função de cuidadora no âmbito familiar.

Quanto ao conceito de drogas, a sua orientação parte da OMS (1993), que diz que as drogas são qualquer substância que produz alterações psíquicas.

Quanto as família, parte da heterogeneidade em torno da sua formação, excluindo a ideia de um conceito único de família (MIOTO, 1997). No contexto de drogas, ressalta-se a ideia da centralidade do cuidado na família. Neste caso, o cuidado com usuárias e usuários de SPAs passa a ser transferido do âmbito público para o privado (PARENTE, 2013).

O incremento da ideia da família como centro de proteção e com ela o amplo desenvolvimento do voluntariado, das entidades não governamentais e o delineamento de “novas profissões” no interior das políticas sociais, inclusive nas públicas, vai favorecer não só a reativação exponencial da ideia liberal da responsabilidade da família em relação ao bem estar, como também a reativação das práticas disciplinadoras tão comuns nos séculos anteriores, principalmente em relação às famílias pobres (MIOTO, 2009).

As reflexões quanto ao ideal de família nos permite entende o distanciamento das políticas públicas e apontam um ideal que focaliza, privatiza e reforça as divisões de papéis. Assim, entende-se o porquê que a mulher é tida como referência no cuidado com a família. (PARENTE, 2013).

Segundo Scott (1990) apud Parente (2013), “O gênero é um elemento constitutivo de relações fundadas sobre as diferenças percebidas sobre os sexos”. A imputação do cuidado pela mulher esta na relação de poder de um gênero sobre o outro.

No entanto, as configurações familiares existentes nos dias atuais apontam um aumento significativo no gasto de sua energia ao assumir o posto de provedora sem, contudo, deixar de ser a principal responsável pelo cuidado com a família e com as demais tarefas domésticas. A sobrecarga física e emocional do papel de cuidadora atribuído a ela nesta situação pode oferecer impactos para a sua vida, mais especificamente para a mulher cuidadora de familiares usuários e usuárias de SPAs, por se tratar de uma realidade ainda mais complexa (PARENTE, 2013).

As políticas relacionadas às drogas sugere que a família seja partícipe do processo de prevenção, tratamento e reinserção social, justamente pelo papel de cuidado que desempenha.

Segundo a autora houve um crescimento de centros e serviços qualificados no atendimento das demandas aos usuários/as de substâncias psicoativas e das pessoas que os/as acompanham. Para tanto são oferecidos cursos de formação aos familiares cuidadores/as de usuários/as de SPAs que também se encontram envolvidos neste processo (PARENTE, 2013).

Os demais programas de prevenção e tratamento baseados na família podem reforçar o vínculo e as relações familiares e incluir as habilidades parentais: prática no desenvolvimento, discussão e aplicação de políticas familiares sobre o abuso de substância e treinamento em educação e informação sobre drogas. As redes sociais de apoio também trabalham com a perspectiva de que a saúde do indivíduo afeta a saúde da sociedade (PARENTE, 2013).

A relação entre drogas e família compreende que a dependência de substâncias psicoativas - SPA, não afeta somente o usuário, mas todos à sua volta, a sua família.

No contexto do SEAD, tem-se o grupo de família, que é um serviço quinzenal, oferecido aos acompanhantes dos usuários. É composto majoritariamente por mulheres, independente de se encontrarem ou não em dependência. É um grupo de conversa, onde são abordados temas como, formas de lidar com consumo de SPA, saúde, trabalho, violência doméstica, relações familiares, questões relacionadas ao gênero (PARENTE, 2013).

Segundo Miotto (2009), a família é o sujeito privilegiado de intervenção do Serviço Social. E por assim ser, é alvo de uma constante responsabilização pelo cuidado com os usuários de álcool e outras drogas, sendo percebido nas políticas que respaldam a prevenção, o tratamento e a reinserção social dos sujeitos em drogadição.

Nas Políticas, como, a Política Nacional Antidrogas e a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, observa-se que em seus pressupostos, é necessária a interação entre a família, a sociedade, as instituições e o Estado. No entanto, ocorre uma desresponsabilização do Estado em garantir serviços de atendimento a essa população, assim sendo, passa-se essa responsabilidade a sociedade civil organizada e ao terceiro setor, e conseqüentemente a família.

Nessa interação a família fica responsável pelo cuidado com estes usuários, só que como vimos, na divisão dos papéis dentro do seio familiar, tem-se a culpabilização da mulher por todo o cuidado destinado a família. O que ocorre é que a mulher acaba sendo responsabilizada pela situação de drogadição em sua família ou se responsabiliza por isto. Segundo Parente (2013), no contexto do SEAD, pode ser percebido esse papel desempenhado pelo público feminino no que tange ao cuidado, pois nas reuniões que aconteciam, a grande maioria do público atendido eram de mulheres que buscavam um atendimento para algum ente ou a si próprio. Mesmo que o atendimento não fosse para si, estavam presentes nos grupos buscando acompanhamento para algum familiar, já que a drogadição, não é tratada como algo individual, mas coletivo, portanto abrange a família.

Quanto à atuação do assistente social, vimos que nos textos apresentados, o Serviço Social se apresenta como uma profissão que visa compreender a totalidade social, entender a realidade social com algo que é singular e particular. O Serviço Social no SEAD, por exemplo, atua no atendimento à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, procurando identificar o contexto social de determinado usuário, reconhecendo suas particularidades e singularidades.

Entende-se que as publicações abordam as políticas relacionadas ao tema de drogas no cotidiano profissional do assistentes sociais, como construções histórico dialéticas, que possuem um significado na realidade social, sendo assim, estas políticas permitiram que, no decorrer da história fossem incorporadas percepções e concepções que tentariam romper com uma visão que culpabilizava e responsabilizava os usuários de álcool e outras drogas pelo seu uso.

Nota-se que o modelo proibicionista ainda permeia tanto as políticas quanto a concepção da sociedade em relação ao uso e abuso de drogas, pois ainda sim, ocorre a associação do consumo de substâncias psicoativas a criminalidade, e a tantos outros fatores. Acredita-se no possível rompimento com o modelo proibicionista, a partir da constante expansão do modelo de redução de danos, sob a perspectiva que visa amenizar os danos relacionados ao uso de drogas.

Nos achados da pesquisa, o modelo proibicionista ainda influencia o contexto de drogas, como foi assimilado nos artigos, em que se coloca que os ideais do modelo estão presentes, só que de forma velada, pois se tem embates e diferentes posicionamentos que afirmam que no combate ao uso e consumo de drogas são necessárias intervenções repressoras, como vimos nos relatos do poder judiciário, descritos anteriormente.

Em meio a esses diferentes posicionamentos, vimos que existe um jogo de interesse, que está implícito, pois as drogas adquirem um caráter de mercadoria, e o interesse se pauta no valor de troca dessa mercadoria, seja ela tanto por meio da indústria bélica, a indústria farmacêutica, por meio do tráfico ou por meio das instituições que trabalham no trato com estes usuários.

Aqui entram os interesses das comunidades terapêuticas, que atualmente fazem parte da rede de suporte social, mas que dentre as instituições que atuam no trato com usuários de álcool e outras drogas estão em sua grande maioria, como foi observado no I Mapeamento. Estas instituições são financiadas, em sua maioria, por recursos do governo federal.

Compreende-se que a atualização das políticas, como a PNAD, a PAIUAD, juntamente com a perspectiva de redução de danos, provoca um novo olhar para a prevenção, o tratamento e reinserção social dos usuários de drogas, ocasionando uma mudança de paradigma, que visa romper por completo com a concepção proibicionista, que reforça o caráter repressor, criminalizador e culpabilizador das políticas e da cultura da população.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão de drogas não é algo novo, mas algo que passa por séculos. O uso de drogas como, ópio, folha de coca, *cannabis sativa*, tem sua origem com as grandes navegações, que difundiram a utilização destas por todo o mundo. O uso do álcool, por exemplo, data-se de milhares de anos antes de Cristo, com relatos de egípcios, personagens bíblicos que as consumiam. Tem – se também a utilização de drogas pelos nativos latinos americanos que as tinham como algo que trazia conforto, prazer e cura, no entanto estas substâncias não estavam sob nenhuma regulação.

As primeiras intervenções dos Estados sobre o consumo de drogas datam do século XX, por meio dos Estados Unidos, que iniciou uma “guerra às drogas”, assim surge o modelo de combate às drogas, chamado de proibicionismo. O modelo proibicionista, visa combater o consumo, o porte e o tráfico de drogas por meio da repressão, coerção e criminalização. E mesmo que, as estratégias de combate ao uso e abuso de drogas tenham mudado, a sua essência ainda continua sendo proibicionista, ou seja, ainda persistem resquícios deste modelo no combate ao uso e consumo de drogas.

No Brasil, o proibicionismo ganha força no período de ditadura militar, porém no início dos anos 90, tem se a necessidade de adoção de uma política que consiga romper com o ideal vigente. A redução de Danos se fortalece no âmbito brasileiro, visto que o modelo de atenção foi instaurado numa cidade onde se apresentavam um número grande de pessoas infectadas com o vírus do HIV, como se deu em Santos - SP. No entanto, as primeiras adoções deste modelo no Brasil, aconteceram na inquietação promovida pela grande incidência de usuários de drogas injetáveis. A redução de Danos foi criada com a finalidade de reduzir os danos causados pelo uso de drogas, e assim sendo tornou – se uma estratégia de muito significado no combate ao uso e consumo de drogas, pois permite o entendimento do usuário na sua particularidade e singularidade, envolvendo as dimensões coletivas e individuais dos sujeitos.

O desenvolvimento deste trabalho foi pautado numa pesquisa qualitativa, que buscava o conhecimento do que o Serviço Social está se inserindo e publicando em relação ao uso de drogas, no entanto, observa-se que durante a pesquisa constatou-se que poucas são as publicações realizadas pela categoria, nos meios de grande divulgação, como os periódicos da CAPES e no Departamento de Serviço Social da UNB. Para tanto, a hipótese inicial considerava que as publicações da categoria profissional reconhecem os avanços presentes na

Política Nacional Antidrogas (2002) e na Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003), porém entende-se que estes avanços ainda não provocaram uma mudança completa de paradigma, pois os resquícios do modelo repressor e moralizante ainda persistem na realidade social. Entretanto os documentos analisados em sua maioria, não enfocam a especificidade do cotidiano profissional do assistente social nesta temática, mesmo sendo trabalhos que relatam o cotidiano do estágio, ainda sim, os autores não focalizam a atuação do assistente social no trato com a população usuária de álcool e outras drogas.

Quanto aos artigos e monografias encontrados, observa-se que a maior parte deles problematizam os modelos de combate ao uso de drogas, porém foram achados textos que focalizam temáticas diferentes, como o cuidado das famílias em relação ao usuário de álcool e outras drogas, a situação dos adolescentes trabalhadores do tráfico, etc.

Com relação aos assuntos abordados nas publicações, tem se necessidade de problematizar que as políticas relacionadas ao uso de drogas, na atualidade, visam estabelecer uma interação entre o Estado, as instituições, a família e a sociedade, pois se entende a temática como um problema de saúde pública, e sendo assim, tem se uma cooperação mútua entre estes.

Na prevenção, no tratamento e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas, tem se uma responsabilização da família pelo cuidado com essa população, partindo do pressuposto de que esta instituição familiar é a força motriz para a reinserção destes usuários na sociedade. E o assistente social e outras áreas de conhecimento, trabalham na tentativa de estabelecer o vínculo do usuário a família e, posteriormente a sociedade.

No entanto, no período de estágio foi vivenciada essa relação de responsabilização da família pelo cuidado com o usuário de álcool e outras drogas, principalmente, por se tratar de um trabalho realizado com mulheres usuárias que estavam gestantes e/ou puérperas. O trabalho na instituição busca o estabelecimento ou reestabelecimento do vínculo da mulher com o seu filho (a) e a sua família, pois em alguns casos, essas mulheres se encontravam em situação de rua ou perderam totalmente a proximidade com sua família. Também se busca o reconhecimento da mulher da sua condição de maternagem, por isso, a importância do vínculo da mãe – filho. A necessidade de estabelecer o vínculo com a família é de suma importância para a prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas.

Ressalta – se a importância da atuação do assistente social na temática de drogas, pois trata – se de um profissional que consegue permear o seu cotidiano de atuação pelas dimensões da particularidade, singularidade até a totalidade dos fenômenos sociais, refletindo sobre eles, e provocando um posicionamento político de suma importância para a temática,

pois se trata de um profissional que atua diretamente com a realidade social dos sujeitos envolvidos. O assistente social é o mediador entre a instituição e os usuários.

Nota-se que o Serviço Social necessita se apropriar da temática de drogas, no que tange as reflexões e publicações sobre o cotidiano profissional, pois trata – se de uma área em que estão inseridos muitos profissionais, visto que a saúde é o campo em que são mais empregados. Entretanto, considera-se importante aprofundar em futuras pesquisas sobre a prática profissional do assistente social.

Destaca-se ainda que os artigos são um importante instrumento para divulgação de informações científicas e do trabalho dos profissionais. Por essa razão, é importante que a categoria profissional documente o seu cotidiano de atuação, para que haja o conhecimento e compartilhamento de experiências profissionais que enriqueçam a temática de drogas, e possibilite uma maior inserção dos profissionais na área.

O cotidiano de estágio gerou uma aproximação e muito interesse com a questão de drogas, pois tive contato com a realidade social dos usuários atendidos na instituição. A elaboração deste trabalho e o estágio permitiram um acúmulo de conhecimento em relação ao uso de substâncias psicoativas. E acredita-se que a maior inserção dos assistentes sociais nesta temática provocar-se-á um grande interesse dos futuros profissionais pelo contexto de uso e consumo de drogas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas:** discursos políticos, saberes e práticas. Cadernos de Saúde Pública, vol.25, nº 11. Rio de Janeiro, 2009.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Fundamentos Éticos do Serviço Social. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** PUC – SP, 2006.

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas.** Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil 2006-2007:** Relatório. Coordenação geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho, Supervisão técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília, Secretária Nacional Antidrogas, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília. 2004.

_____. **Relatório das ações de redução de danos com usuários de crack desenvolvidas em 2004 e planejamento de ações para 2005.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional sobre Drogas,** Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília. 2005.

_____. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005** / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], - São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

BRITES, C. M. **Uso de droga injetável e redes de interação social** - Prazer e cuidados com a saúde, é possível? 1999. Dissertação de Mestrado do Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

CARVALHO, Jonatas Carlos de. **Uma História Política da Criminalização das Drogas no Brasil;** A construção de uma Política Nacional. Trabalho apresentado na VI Semana de História e no III Seminário Nacional de História: Política, cultura e sociedade. Programa de Pós Graduação em História. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ; Outubro de 2011.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Lei 8.662/93. **Código de ética do assistente social: regulamentação da profissão.** 9ª ed. Brasília: 2011.

_____. **Caracteriza o assistente social como profissional da saúde.** Resolução nº 383/99 de 29 de março de 1999. Brasília.

Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.

Decreto nº 6.488, de 19 de junho de 2008. Regulamenta os arts. 276 e 306 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito.

DOMANICO, Andreia. **“Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias!”** Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós – Graduação em Ciências Sociais. Tese de doutorado, Salvador, 2006.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas.** Ministério da Educação. 6. Ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

ELIAS, Lucília de Almeida; BASTOS, Francisco Inácio. Saúde Pública. **Redução de Danos e a Prevenção das Infecções de Transmissões Sexual e Sanguínea:** revisão dos principais conceitos e a sua implementação no Brasil. Centro de Saúde da Escola Germano Sinval Faria, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011.

_____. Estratégias de redução de danos em Santos. In: BASTOS, F. I. e MESQUITA, F. **Troca de seringas drogas e AIDS:** ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. **Proibicionismo: há ‘pedras’ no caminho.** Revista Argumentum, Vitória (ES), v. 4, n.2, p. 40-47, jul./dez. 2012.

GODOY, Arilda Schmidt. Entendendo a pesquisa científica. In **Gestão do fator humano baseada nos stakeholders.** São Paulo: Saraiva, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico metodológica.** 40 ed- São Paulo, 1988.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para

repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

_____. **Lei nº 9.294, de 15 de Julho de 1996.** Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.

_____. **Lei nº 10.167, de 27 de Dezembro de 2000.** Altera dispositivos da Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.

_____. **Lei nº 11.705, de 19 de Junho de 2008.** Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que ‘institui o Código de Trânsito Brasileiro’, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências.

_____. **Lei nº 12.760, de 20 de Dezembro de 2012.** Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante e TAVARES, Priscilla. **Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo.** Periódico CAPES, revista Argumentum. Vitória (ES), v. 4, n.2, p. 6-23, jul./dez. 2012.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragments da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil:** da Justiça à Saúde Pública. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. (orgs.). **Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde.** COMUDA - Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool de São Paulo. Secretaria de Participação e Parceria. Prefeitura da Cidade de São Paulo. São Paulo: 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 30ª edição – Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MORAIS, Rozania Piris. **Redes socioassistencial de tratamento a usuários/dependentes de álcool e outras drogas na região centro-oeste (BRASIL 2006 -2007),** Monografia apresentada no Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília- UNB. Brasília, 2008.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Família e Serviço Social:** contribuições para o debate. In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez Editora, ano XVIII, n. 55, nov. / fev.1997.

_____. T. Família e Políticas Sociais. In: BOSCHETTI, Ivanete, BEHRING, Elaine R., SANTOS, Silvana Mara de M., MIOTO, Regina C. T. (orgs.). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas.** São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais.** Textos & Contextos, n. 3, p. 1-14, dez. 2004.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. (Mestrando do curso de pós-graduação da FEA-USP) *In: Caderno de pesquisas em Administração.* São Paulo, v. 1, n. 3, 2. Sem, 1996.

NIEL, Marcelo; JULIÃO, Alessandra Maria. Organizadores: Dartiu Xavier da Silveira e Fernanda Gonçalves Moreira **Panorama Atual de Drogas e Dependências.** Editora **Atheneu**, São Paulo, 2006.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Drogas e redução de danos:** uma cartilha para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Organização Mundial da Saúde – OMS. **Relatório Mundial da Saúde: Trabalhando juntos pela saúde,** 2006.

PARENTE, Barbara de Andrade Vaz. **O cuidado como uma atribuição feminina:** reflexões sobre o cuidado das mulheres com familiares usuários/as de substâncias psicoativas em tratamento no SEAD/HUB. Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social, Brasília, 2013.

PERDUCA, M. Vamos criminalizar a proibição! *In:* Acselrad G, organizador. **Avessos do prazer:** drogas, AIDS e direitos humanos. 2ªed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

PEREIRA, Patrícia da Silva. **Atendimento em saúde de usuários de álcool:** uma pesquisa bibliográfica. Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social, Brasília, 2013.

RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. **O controle penal sobre as drogas ilícitas:** o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. Universidade de São Paulo, Faculdade de Direito, tese de doutorado. São Paulo, 2006.

ROCHA, Andreia Pires. **Proibicionismo e a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 115, p. 561-580, jul./set. 2013.

ROMANINI, Moisés; ROSO, Adriane. **A midiaticização do crack e a estigmatização:** corpos habitados por histórias e cicatrizes. Interface, vol.18, nº 49, Botucatu, abril a junho de 2014.

ROSA, Acência Tércio. **O serviço social no trabalho de enfrentamento ao alcoolismo:** desafios e perspectivas dos Assistentes Sociais na equipe interdisciplinar do SEAD – Serviço de Estudos e Atenção a usuários de álcool e outras drogas do HUB. Monografia apresentada no Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília- UNB. Brasília, 2012.

SCHNEIDER, Caroline Brasil. **A Perspectiva de Redução de Danos com usuários de Drogas:** um olhar sobre os modos éticos de existência. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Cortez, 2007.

SODELLI, Marcelo. **O uso de drogas e prevenção:** da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade. Editora Iglu, São Paulo, 2010.

TOZZONI, Marília Freitas. **Educação Ambiental:** referências teóricas no ensino superior vol.5. nº. 9. Botucatu. Ago. 2001.